

生殖医療科問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人お名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご主人お名前 _____ 年齢 _____ 歳

当てはまる項目はにチェックを入れ、下線部には数値や文章をお願いします。

不妊治療にはご本人だけでなくご主人様の協力が必要です。ご主人様に関する質問事項もあります。わかる範囲でご記入ください。

(1)不妊期間はどのくらいですか？ 約 _____ 年 _____ ヶ月

(2)基礎体温はつけていますか？ なし あり

(3)性交障害はありますか？ なし あり

(4)婦人科系の手術を受けたことがありますか？ なし あり (_____)

(5)他院で不妊治療を受けたことがありますか？ なし あり

ありにチェックを入れた方にお聞きします。

1. どのような検査を受けましたか？

卵管造影 卵管通水 月経中ホルモン検査 クラミジア検査 AMH測定

精液検査 ヒューナーテスト その他 (_____)

2. どんな治療を受けましたか？

タイミング指導 人工授精 体外受精 顕微授精 その他 (_____)

ここからはご主人様のことに関してお聞きします。

(1)お酒を飲みますか？ 飲まない 時々 ほぼ毎日 (_____を_____杯)

(2)タバコを吸いますか？ すわない 以前は吸っていた 吸っている (1日_____本)

(3)今までに病気を患ったことはありますか？ なし あり (_____)

(4)ご主人様は不妊治療に協力的ですか？ 協力的 まあまあ協力的 協力的ではない

最後にご夫婦として今後の治療に関し希望などがあればチェックまたは記入をお願いします。

検査後必要な治療希望 医師に任せる 非常に急いでいる ご主人は治療を拒んでいる

自由記載

(_____
_____)

ご記入有難うございます。受付にお持ちください。

紹介状や検査結果などをお持ちの場合は一緒に提出をお願いします。

長谷川産婦人科医院