

問診票：不妊治療ご希望の方へ

お名前 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1) 今までの不妊治療についてお尋ねします。(お分かりになる範囲でよろしいですので、ご記入下さい。)

① 子作りを始めてから何年くらい妊娠できませんか。 _____ 年

② ご主人の年齢は何歳ですか。 _____ 歳

③ これまでに不妊の検査や治療を受けられた事がありますか。 はい・いいえ

④ ③ではいに○をつけられた方へ。

・どのような検査を受けられましたか。

- A.卵管通気・通水検査 (正常・異常) B.子宮卵管造影検査 (正常・異常)
C.ホルモン検査 (正常・異常) D.子宮鏡検査 (正常・異常)
E.腹腔鏡検査 (正常・異常) F.性交後試験：フーナーテスト (正常・異常)
G.精液検査 (正常・異常) H.クラミジア検査 (正常・異常)
I.抗精子抗体 (正常・異常) J.その他 (_____)

・今までどのような治療を受けられましたか。

- A.タイミング治療 (_____ 回) B.人工授精 (_____ 回)
C. A,B の治療時の排卵誘発剤治療(内服薬 _____ 回、注射 _____ 回)
D.体外受精 (_____ 回) E.顕微授精 (_____ 回)
F.その他 (_____)

⑤ 当クリニックではどのような不妊治療をご希望ですか。番号に○をつけて下さい。

- 出来るだけ自然妊娠を希望 (タイミング治療のみ)
- 必要であれば人工授精までは希望するが、高度生殖医療 (体外受精・顕微授精など) までは希望しない。
- 必要であれば高度生殖医療 (体外受精・顕微授精など) も行いたい。

2) 体外受精・顕微授精の経験のある方へ。(お分かりになる範囲で結構ですのご記入をお願いします。)

① どのような卵巣刺激方法を行われましたか。

ロング法 (前周期から点鼻薬) _____ 回 ショート法 (月経開始後に点鼻薬) _____ 回
アンタゴニスト法 (hMG注射後半の採卵前にセトロタイド或いはガニレスト数日注射) _____ 回
クロミッドのみ _____ 回 hMG注射のみ _____ 回 クロミッド+hMG注射 _____ 回 自然 _____ 回
その他 (_____)

② 採卵が排卵後のためにキャンセルになった事がありますか。 はい・いいえ

③ 採卵したけれども 1 個も卵子が採れなかった事がありますか。 はい・いいえ

④ 体外受精で受精障害と言われた事がありますか。 はい・いいえ

⑤ 顕微授精でも受精障害と言われた事がありますか。 はい・いいえ

