

## 生殖補助医療 及び 不妊治療 問診票



■あてはまる項目に☑、または空欄にご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_

1) 今までの検査結果があればご記入ください。

検査	結果	施行日
子宮頸がん検診		年 月
クラミジア検査		年 月
抗精子抗体		年 月
AMH		年 月

検査	結果	施行日
LH		年 月
FSH		年 月
E2 女性ホルモン		年 月
PRL プロラクチン		年 月

2) 既往歴、生活習慣についておうかがいします。今まで以下の疾患にかかられたことがありますか？

- 虫垂炎 なし あり 手術は？ していない した
- クラミジア感染症、卵管炎 なし あり 手術は？ していない した
- 子宮内膜症 なし あり 手術は？ していない した
- 子宮筋腫 なし あり 手術は？ していない した
- 甲状腺疾患 なし あり 手術は？ していない した
- 子宮頸部異形成、子宮頸がん なし あり 手術は？ していない した
- 卵巣嚢腫 なし あり 手術は？ していない した
- 子宮内膜ポリープ なし あり 手術は？ していない した
- たばこは吸いますか？ いいえ はい
- 睡眠時間は？ 1日 6～8時間 6時間未満 8時間以上
- コーヒー、紅茶、緑茶は？ 1日 8杯未満 1日 8杯以上
- アルコールは？ 週にワイン 2杯;ビール500cc 未満 左記以上 その他

■不妊治療を希望される方は、以下の項目もご記入ください。

3) 拳児希望期間は何年位ですか？(妊娠を希望してから今までの期間) \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月

4) 今まで治療されていれば内容を教えてください。

タイミング治療 \_\_\_\_\_回 人工授精\_\_\_\_\_回 採卵\_\_\_\_\_回 (体外受精\_\_\_\_\_回 顕微授精\_\_\_\_\_回)

保険胚移植\_\_\_\_\_回 施設名\_\_\_\_\_ 自費胚移植\_\_\_\_\_回

精巣内精子採取術施行の場合 ⇒ 日付\_\_\_\_\_ 施設名\_\_\_\_\_

他院で生殖補助医療を保険で受けられた方は、前医より診療情報提供書の提出をお願いしております。

5) 今までの検査結果があればご記入ください。

卵管造影結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )
フナーテスト	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )
精液検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 運動率低い <input type="checkbox"/> 数少ない <input type="checkbox"/> 精子がない 精液量_____ 濃度_____ 運動率_____ 奇形率_____

6) ご主人様について

フリガナまたはローマ字(パスポート記載のもの)	連絡先 ( ) —	身長 cm	体重 kg
氏名	生年月日 西暦 年 月 日( 歳)	血液型( )	Rh( )
	職業		

7) ご主人の既往歴、内服薬をご存じでしたらご記入ください。

- 成人後のおたふくかぜ なし あり わからない
- 幼少時鼠径ヘルニア手術 なし あり わからない
- 薬を飲んでいる なし 増毛剤 痛風薬 糖尿病薬 降圧剤
- たばこは吸いますか？ いいえ はい
- 睡眠時間は？ 1日 6～8時間 6時間未満 8時間以上
- コーヒー、紅茶、緑茶は？ 1日 8杯未満 1日 8杯以上
- アルコールは？ 週にワイン 2杯;ビール500cc 未満 左記以上 その他