

辅助生殖医疗以及不孕治疗 问诊表



■请在适合的项目前里打勾或在空白处填写有关信息。

姓名 _____

1) 请告知相关的检查结果。 今までの検査結果。

検査	結果	施行日期
子宮頸癌検査 子宮頸がん検診		____年 ____月
衣原体検測 クラミジア検査		____年 ____月
抗精子抗体 抗精子抗体		____年 ____月
AMH(卵巣機能検測)		____年 ____月

検査	結果	施行日期
LH(促黄体生成素)		____年 ____月
FSH(促卵泡生成素)		____年 ____月
E ₂ (雌二醇)		____年 ____月
PRL(催乳激素)		____年 ____月

2) 病史、生活习惯 迄今为止是否得过以下疾病。 既往歴、生活習慣。今までにかかられた疾患。

- 阑尾炎 虫垂炎 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 衣原体感染、输卵管炎 クラミジア感染症、卵管炎 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫内膜异位 子宮内膜症 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫肌瘤 子宮筋腫 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 甲状腺疾病 甲状腺疾患 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 宫颈发育异常、宫颈癌 子宮頸部異形成、子宮頸がん 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 卵巢囊肿 卵巣嚢腫 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫内膜息肉 子宮内膜ポリープ 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 是否吸烟 たばこ 否 吸わない 是 吸う
- 睡眠时间 睡眠時間 一天6-8个小时 1日6~8時間 不满6个小时 6時間未満 8个小时以上 8時間以上
- 喝咖啡、红茶、绿茶的量 コーヒー、紅茶、緑茶 一天不超过8杯 1日8杯未満 一天超过8杯 1日8杯以上
- 饮酒 アルコール 一个星期2杯红酒;啤酒不超过500cc 週にワイン2杯;ビール500cc未満 超过左项 左記以上 其他

■希望接受不孕治疗的患者,请填写以下项目。

3) 想生孩子大概有几年了?(从希望怀孕到现在的时间。包括没有热切盼望怀孕但也没有采取避孕措施的期间。)

子供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。積極的に希望していなくても避妊していなかった期間も含む。) _____年 _____个月

4) 如果接受过治疗请告知相关的内容。 今までの治療内容。

受孕时机治疗 タイミング治療 ____次回 人工授精 ____次回 取卵 採卵 ____次回(体外受精 ____次 显微授精 顕微授精 ____次)
 保险胚胎移植 保険胚移植 ____次回 医疗机关名称 施設名 _____ 自费胚胎移植 自費胚移植 ____次回
 施行睾丸精子采取术の場合 精巣内精子採取術施行の場合 ⇒ 日期 日付 _____ 医疗机关名称 施設名 _____

在其他医院使用保险接受辅助生殖医疗治疗的患者,请提交原责任医师出具的诊疗信息提供书。
 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) 请告知相关的检查结果。 今までの検査結果。

输卵管造影结果 卵管造影結果	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 異常あり (_____)
性交后试验 フーナーテスト	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 異常あり (_____)
精液检查 精液検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 異常あり <input type="checkbox"/> 运动率低 運動率低い <input type="checkbox"/> 数量少 数少ない <input type="checkbox"/> 无精子 精子がない 精液量 _____ 浓度 濃度 _____ 运动率 運動率 _____ 畸形率 奇形率 _____

6) 关于您的丈夫 ご主人様について

片假名或英文拼写(护照上记载的)	联系方式 連絡先 (_____) _____	身高 _____ cm	体重 _____ kg
姓名	出生年月 公历 _____年 _____月 _____日	血型 (_____) Rh(_____)	年齢 _____ 岁 歳
国籍	职业 職業 _____		

7) 请在所知范围内告知您丈夫的病史、内服药 ご主人の既往歴、内服薬。

- 成年后是否得过流行性腮腺炎 成人後のおたふくかぜ 否 なし 是 あり 不知道 わからない
- 幼年是否做过腹股沟疝气手术 幼少時鼠径ヘルニア手術 否 なし 是 あり 不知道 わからない
- 是否正在使用药物 薬を飲んでいる 否 なし 增发剂 増毛剤 痛风药 痛風薬 糖尿病药 糖尿病薬 降压药 降圧剤
- 是否吸烟 たばこ 否 吸わない 是 吸う
- 睡眠时间 睡眠時間 一天6-8个小时 1日6~8時間 不满6个小时 6時間未満 8个小时以上 8時間以上
- 喝咖啡、红茶、绿茶的量 コーヒー、紅茶、緑茶 一天不超过8杯 1日8杯未満 一天超过8杯 1日8杯以上
- 饮酒 アルコール 一个星期2杯红酒;啤酒不超过500cc 週にワイン2杯;ビール500cc未満 超过左项 左記以上 其他