

不妊相談 問診表

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前		昭・平	年 月 日 () 歳
ご住所	〒 -	身長	cm 体重 kg
お電話	- -	ご職業	

以下の事項をお分かりになる範囲で結構ですので、ご記入ください。

ご不明の点や記入しづらい、説明しづらい項目に関しては相談時にお申し出ください。

1、今日、治療院に来られた理由をお聞かせください。

- a 避妊をしていないのに、なかなか妊娠しない
- b 現在不妊症の治療を行っているが、なかなか妊娠しない
- c 流産を繰り返す
- d その他 ()

2、結婚歴について

現在、(婚約中、結婚、離婚、再婚、未入籍だが同居している)

結婚したのはいつですか？ (平成 年 月、 歳のとき)

夫(パートナー)の生年月日は？ (昭・平 年 月 日 歳)

夫(パートナー)は健康ですか？ (はい・いいえ [])

夫(パートナー)のご職業は？ ()

夫(パートナー)は不妊検査や治療に協力的ですか？ はい・いいえ・どちらともいえない

3、不妊期間はどのくらいですか？ (年 ヶ月)

● 避妊期間： 特にない ある (平成 年 月から 年 月)

● 現在の性生活： ある ない 夫(パートナー)は長期不在

1ヶ月の性交回数 回

性交痛の有無 ある ない

排卵日を意識 (している・なんとなくしている・していない・わからない)

4、今までに妊娠したことがありますか？

ない

ある → 妊娠 () 回、中絶 () 回、流産 () 回

出産 () 回、子宮外妊娠 () 回

5、これまでに不妊検査や治療を受けられたご経験の「ある」方はご記入ください。

「ない」方は6からご記入ください。

① 受診されていた病院名と期間をご記入ください。

(1) 病医院名 () 期間：(H 年 月～H 年 月)

(2) 病医院名 () 期間：(H 年 月～H 年 月)

(3) 病医院名 () 期間：(H 年 月～H 年 月)

② これまでに受けられた検査について

検査名	検査時期	検査結果	コメント
基礎体温	年 月頃	異常なし・異常あり	
子宮卵管造影検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
卵管通気・通水検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
精液検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
ホルモン(血液)検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
クラミジア検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
腹腔鏡検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
子宮がん検診	年 月頃	異常なし・異常あり	
染色体検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
免疫学的検査 (自己抗体・抗精子抗体)	年 月頃	異常なし・異常あり	
フナーテスト	年 月頃	良好・やや不良・不良 その他 ()	
子宮鏡検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
抗ミュラー管ホルモン検査 (AMH)	年 月頃	ng/ml	

③ 受診した医師から不妊症、または不育症の原因についてどのように説明を受けましたか？

