

赤ちゃんが欲しいと望まれるご夫婦に(追加問診用紙)

ふりがな			生 年 月 日	昭・平		年		月		日		妻	
お名前	夫	旧姓()											

1. 不妊期間(子供を作りたいと思っから期間)はどのくらいですか? _____年_____ヶ月

2. 避妊をされた期間がありますか? : ない ある(_____年____月頃~_____年____月頃まで____ヶ月間)

3. 性生活についてお答え下さい。
 - ①平均的な性交間隔は? 月に_____回程度 ほとんどない 全くない
 - ②問題を感じていますか? 感じない 感じる
 自分: 不感症 性交痛 その他()
 パートナー: 勃起不全 その他()

4. ご主人についてお答え下さい。
 - ①これまでに大きな病気や手術(高熱を出されたことや子供の頃のソケイヘルニアの手術)をされたことはありますか? ない ある: 病名()
 - ②現在治療中の病気が ない ある: 病名()
 使用している薬()

5. 当院以外で検査や治療を受けたことがある方は、以下の質問にお答え下さい。
 - ①不妊の原因に関して、何か指摘されていますか? されているものにチェックして下さい。
 - 子宮筋腫
 - 子宮内膜症
 - 卵巣嚢腫
 - 多嚢胞性卵巣症候群(PCO)
 - 卵巣機能不全
 - 高プロラクチン血症
 - 卵巣や卵管の癒着
 - 卵管の閉鎖・狭窄・腫れ
 - 男性側の問題(精液の状態など)
 - その他()
 - ②治療のために起こった副作用があれば教えて下さい。
 - 卵巣過剰刺激症候群(OHSS)
 - その他()

③医療機関名と検査・治療歴を教えてください

(1)	病院名	期間	H	年	月	～	H	年	月
検査歴	<input type="checkbox"/> クラミジア検査： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> ホルモン検査： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 精液検査： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> ヒューナーテスト： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 子宮鏡： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 腹腔鏡： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり							
治療歴	<input type="checkbox"/> タイミング療法：自然周期_____回(周期)、クロミッド_____回、hMG_____回 <input type="checkbox"/> 人工授精：自然周期_____回、クロミッド_____回、hMG_____回 <input type="checkbox"/> 体外受精：採卵_____回、胚移植_____回(採卵数_____個ぐらい、受精した個数_____個ぐらい) 卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> ロング法_____回 <input type="checkbox"/> ショート法_____回 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法_____回 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 顕微授精：採卵_____回、胚移植_____回(採卵数_____個ぐらい、受精した個数_____個ぐらい) 卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> ロング法_____回 <input type="checkbox"/> ショート法_____回 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法_____回 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植：_____回 <input type="checkbox"/> その他(_____)								
(2)	病院名	期間	H	年	月	～	H	年	月
検査歴	<input type="checkbox"/> クラミジア検査： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> ホルモン検査： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 精液検査： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> ヒューナーテスト： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 子宮鏡： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 腹腔鏡： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常あり							
治療歴	<input type="checkbox"/> タイミング療法：自然周期_____回(周期)、クロミッド_____回、hMG_____回 <input type="checkbox"/> 人工授精：自然周期_____回、クロミッド_____回、hMG_____回 <input type="checkbox"/> 体外受精：採卵_____回、胚移植_____回(採卵数_____個ぐらい、受精した個数_____個ぐらい) 卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> ロング法_____回 <input type="checkbox"/> ショート法_____回 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法_____回 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 顕微授精：採卵_____回、胚移植_____回(採卵数_____個ぐらい、受精した個数_____個ぐらい) 卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> ロング法_____回 <input type="checkbox"/> ショート法_____回 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法_____回 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植：_____回 <input type="checkbox"/> その他(_____)								

6. これからの検査や治療について不安やご希望がありますか？