

妊活（不妊治療）相談シート

（相談者）

（パートナー）

ふりがな		ふりがな	
お名前		お名前	
生年月日	S・H 年 月 日（ 歳）	生年月日	S・H 年 月 日（ 歳）

- 婚姻状況 ☐ 既婚（ 年 月入籍） ☐ 未婚
- 月経について
 - ・初めて月経が始まったのは（ ）歳
 - ・一番最近の月経は（ ）年（ ）月（ ）日から（ ）日間
 - ・月経周期 ☐ 順調 ☐ 不順

順調で（ ）日周期、不順で早い時は（ ）日くらい、遅い時は（ ）日くらいで来る
- 妊娠・分娩について
 - ・妊娠したことが ☐ ない ☐ ある

妊娠（ ）回 子宮外妊娠（ ）回
出産（ ）回 流産（ ）回 人工妊娠中絶（ ）回
- 生活習慣について
 - ・たばこ ☐ 吸わない ☐ 吸う
 - ・お酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む
- 赤ちゃんが欲しいと望まれてからどのくらい経ちますか （ ）年（ ）ヶ月
- 性生活について
 - ・平均的な性交間隔 ☐ 月に（ ）回程度 ☐ ほとんどない ☐ 全くない
 - ・問題を感じていますか ☐ 感じない ☐ 感じる

理由（ ）

相談内容
☐ 不妊治療を始めようか迷っている ☐ 2人目がなかなかできない ☐ 通院の頻度を知りたい ☐ 仕事との両立ができるかを知りたい ☐ 治療にかかる費用を知りたい ☐ 生活で気をつけることを知りたい ☐ その他（自由記載）