

不妊外来用の問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

才

- * 結婚年月 年 月
* タバコを吸いますか はい・いいえ・やめた
* 過去の妊娠 なし・あり
* 月経周期 日 周期 日間

子供が欲しいと思ってどれくらい経ちますか

およそ 年 カ月位(避妊せず夫婦生活期間)

現在の夫婦生活についてお聞きします

- * 夫婦生活の回数 (/週)・(/月)・数か月後なし・1年以上なし
* 夫婦生活について悩みがありますか ない ある 下記に詳しくご記入下さい

今までに受けたことがある不妊治療にチェックして下さい

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 基礎体温測定 |
| <input type="checkbox"/> フーナーテスト(良・不良) | <input type="checkbox"/> クラミジア検査 (+・-) |
| <input type="checkbox"/> 精液検査(良・不良) | <input type="checkbox"/> 通水検査(良・不良) |
| <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査(良・不良) | <input type="checkbox"/> 感染症検査(HIV・梅毒・淋病・B. C型肝炎) |
| <input type="checkbox"/> 人工授精 | <input type="checkbox"/> 体外受精 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

* 主に治療を受けていた施設名 _____

* 検査の結果等お持ちの方は、コピーを一部いただきますので受付に提出してください

夫又はパートナーについてお聞きします (既婚 ・ 未婚)

- * 年齢 _____ 才
* タバコを吸いますか はい・いいえ・やめた
* 内服中の薬はありますか いいえ・はい(薬品)
* 今までにかかった大きな病気はありますか いいえ・はい(病名)
* 現在通院中の疾患はありますか いいえ・はい(病名)
* 不妊治療について 積極的・消極的・無関心・伝えていない・その他()

その他伝えておきたい事等ありましたら下記にお書き下さい

()