

# 不妊外来問診表

ふりがな

お名前：

結婚年月日：

・未婚

治療の経験：

ある ・ なし

ある場合・・・ いつ、どこで、どんな検査／治療を受けられましたか？

- ・基礎体温測定 ・超音波検査 ・血液検査（ホルモン） ・子宮卵管造影検査 ・排卵誘発
- ・精液検査（数：            運動率：            %） ・腹腔鏡検査 ・タイミング指導
- ・人工受精 ・着床補助 ・体外受精 ・顕微受精

月経について

- ・初経：        才 ・月経周期：        日型（順／不順） ・月経持続日数：        日間
- ・出血量： 少ない／普通／多い（固まりが出る）
- ・月経痛： なし／軽い／強い（薬名：            ）
- ・最終月経：        月        日より        日間

避妊をやめたのはいつからですか？

平成        年        月頃から

赤ちゃんをつくる努力をした時期：

平成        年        月頃から

妊娠歴：

年        月        経過（ 出産／流産／子宮外妊娠／中絶）

年        月        経過（ 出産／流産／子宮外妊娠／中絶）

年        月        経過（ 出産／流産／子宮外妊娠／中絶）

既往歴：

持病、入院、手術歴がありますか？

アレルギーはありますか？

なし／喘息／花粉症／鼻炎／皮膚炎／食品

その他：

現在、検査／治療はどこまでご希望ですか？

診察と説明／薬物治療まで／タイミング指導まで／人工受精まで／体外受精まで

顕微授精まで／その他：