

## 問診票：不妊治療ご希望の方へ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1) 今までの不妊治療についてお尋ねします。(お分かりになる範囲でよろしいですので、ご記入下さい。)

① 子作りを始めてから何年くらい妊娠できませんか。 \_\_\_\_\_ 年

② ご主人の年齢は何歳ですか。 \_\_\_\_\_ 歳

③ これまでに不妊の検査や治療を受けられた事がありますか。 はい・いいえ

④ ③ではいに○をつけられた方へ。

・ どのような検査を受けられましたか。

A. 卵管通気・通水検査 (正常・異常)    B. 子宮卵管造影検査 (正常・異常)

C. ホルモン検査 (正常・異常)    D. 子宮鏡検査 (正常・異常)

E. 腹腔鏡検査 (正常・異常)    F. 性交後試験：フーナーテスト (正常・異常)

G. 精液検査 (正常・異常)    H. クラミジア検査 (正常・異常)

I. 抗精子抗体 (正常・異常)    J. その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ 今までどのような治療を受けられましたか。

A. タイミング治療 ( \_\_\_\_\_ 回)    B. 人工授精 ( \_\_\_\_\_ 回)

C. A, B の治療時の排卵誘発剤治療 (内服薬 \_\_\_\_\_ 回、注射 \_\_\_\_\_ 回)

D. 体外受精 ( \_\_\_\_\_ 回)    E. 顕微授精 ( \_\_\_\_\_ 回)

F. その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 当クリニックではどのような不妊治療をご希望ですか。番号に○をつけて下さい。

1. 出来るだけ自然妊娠を希望 (タイミング治療のみ)

2. 必要であれば人工授精までは希望するが、高度生殖医療 (体外受精・顕微授精など) までは希望しない。

3. 必要であれば高度生殖医療 (体外受精・顕微授精など) も行いたい。

2) 体外受精・顕微授精の経験のある方へ。(お分かりになる範囲で結構ですのご記入をお願いします。)

① どのような卵巣刺激方法を行われましたか。

ロング法 (前周期から点鼻薬) \_\_\_\_\_ 回    ショート法 (月経開始後に点鼻薬) \_\_\_\_\_ 回

アンタゴニスト法 (hMG注射後半の採卵前にセトロタイド或いはガニレスト数日注射) \_\_\_\_\_ 回

クロミッドのみ \_\_\_\_\_ 回    hMG注射のみ \_\_\_\_\_ 回    クロミッド+hMG注射 \_\_\_\_\_ 回    自然 \_\_\_\_\_ 回

その他 ( \_\_\_\_\_ )

② 採卵が排卵後のためにキャンセルになった事がありますか。 はい・いいえ

③ 採卵したけれども 1 個も卵子が採れなかった事がありますか。 はい・いいえ

④ 体外受精で受精障害と言われた事がありますか。 はい・いいえ

⑤ 顕微授精でも受精障害と言われた事がありますか。 はい・いいえ

⑥1回でも胚移植を行った事がありますか。 はい・いいえ

⑦⑥ではいと答えられた方へ。

1. 2個以上の胚を一度に移植した事がありますか。 はい・いいえ

2. 移植方法について教えて下さい。 初期胚     回 胚盤胞     回 2step     回

3. 新鮮胚移植と凍結胚移植について。 新鮮胚移植     回 凍結胚移植     回

⑧卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を起こした事がありますか。 はい・いいえ

⑨⑧ではいと答えられた方へ。その経過について教えて下さい。

1. 外来経過観察で軽快した。 2. 入院治療が必要だった。

⑩OHSS以外で、体外受精治療において副作用の経験のある方はご記入ください。

( )

⑪以前に体外受精・顕微授精で妊娠・出産の経験がある。 はい・いいえ

3) 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

・知人の紹介    ・広告（電話帳・タウン誌（            ））・その他（            ）

・インターネット（当院のHP・検索サイト・その他（            ））

・看板（駅（            ）、道路（            ）付近）

・コレット内の案内    ・その他（            ）

4) その他、当クリニックで不妊治療を受けるにあたってご要望やご質問がある方はご記入ください。