

# 不妊相談の方へ



TOKIWADAI LADIES CLINIC  
ときわ台レディースクリニック

来院日 年 月 日

ID 氏名 \_\_\_\_\_

1. 実質不妊期間（そろそろ子供をと思い始め、避妊しないで妊娠しない期間）  
[ 年 月 ]

2. 当院受診の目的…□に✓をしてください（重複回答可）  
□体外受精（IVF・ICSI）を希望  
□注射や内服療法なら受けてみたい  
□人工授精（AIH：子宮腔に精子を注入する方法）を希望  
□できるだけ自然な形で妊娠したい  
□排卵タイミング指導を希望  
□その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 基礎体温をつけていますか [ はい ・ いいえ ]

4. 他院での検査歴  
① 他院にて指摘されたものがあれば、□に✓をいれてください  
□子宮内膜症 □子宮筋腫 □子宮腺筋症  
□子宮内膜ポリープ □排卵障害 □子宮奇形  
□多のう胞性卵巣(PCOS) □高プロラクチン血症  
□その他（ \_\_\_\_\_ ）

② B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒で陽性になったことはありますか  
[ はい ・ いいえ ]

③子宮頸がん検診 [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<結果：異常なし・あり（ \_\_\_\_\_ ）>

④ 卵管造影検査または通水検査 [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
⑤:正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（ \_\_\_\_\_ ）  
⑥:正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑤ 腹腔鏡・子宮鏡検査(または手術)・骨盤MRI [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
(検査内容 \_\_\_\_\_ )

⑥ ご主人の精液検査 [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<精液量： ml 濃度： 万/ml  
運動率： % 奇形率： %>  
[ □正常 □精液量が少ない □奇形の精子が多い  
□運動率が悪い □精子が少ない □精子がない ]

⑦ ヒューナーテスト（性交後検査） [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<良好 ・ やや不良 ・ 不良 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）>

⑧ クラミジア検査 [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は□に✓をし、結果について記入してください  
□子宮頸部クラミジア抗原もしくはDNA検査(帯下、おりもの)  
□血清クラミジア抗体検査(採血)  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<陰性(異常なし) ・ 陽性(夫婦で治療済み ・ 治療未)>

⑨ ホルモン検査 [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、□に✓をし内容を教えてください  
□月経初期(月経開始2-5日目)のホルモン検査  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]

□ホルモン負荷試験  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]

□黄体期のホルモン検査  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]

□甲状腺機能のホルモン検査  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]

検査結果についての医師のコメントはどのようなものでしたか?  
[ \_\_\_\_\_ ]

⑩ 卵巣予備能検査(抗ミュラー管ホルモン:AMH) [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
( \_\_\_\_\_ ng/ml)

⑪ 抗精子抗体検査(採血による) [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<陰性(異常なし) ・ 陽性 ・ 強陽性>

⑫ 抗核抗体検査(採血による) [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
<陰性(異常なし) ・ 陽性>

⑬ 染色体検査を受けたことがありますか [ あり ・ なし ]  
⇒『あり』と答えた方は、結果について記入してください  
検査日 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ]  
あなた [なし・あり ⇒結果:異常なし・あり( \_\_\_\_\_ )]  
ご主人 [なし・あり ⇒結果:異常なし・あり( \_\_\_\_\_ )]

5. 他院での不妊治療歴…□に✓をし、内容を教えてください  
□タイミング療法  
自然周期 回(最後に施行した日： 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ])  
卵巣刺激周期 回(最後に施行した日： 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ])  
⇒クロミッド( 回)・フェマーラ( 回)  
FSH注射( 回)・HMG注射( 回)

□人工授精(AIH)  
自然周期 回(最後に施行した日： 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ])  
卵巣刺激周期 回(最後に施行した日： 年 月頃 [病院名 \_\_\_\_\_ ])  
⇒クロミッド( 回)・フェマーラ( 回)  
FSH注射( 回)・HMG注射( 回)

□体外受精 (IVF・ICSI)

採卵・新鮮胚移植をされた方へ

	時期	卵巣刺激 (排卵誘発) 方法	受精方法	採卵数	正常受精数	凍結胚数	移植胚数	移植方法
1回目	年 月	ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 自然・クロミッド その他 ( )	体外受精 顕微授精					初期胚 胚盤胞 2STEP
2回目	年 月	ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 自然・クロミッド その他 ( )	体外受精 顕微授精					初期胚 胚盤胞 2STEP
3回目	年 月	ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 自然・クロミッド その他 ( )	体外受精 顕微授精					初期胚 胚盤胞 2STEP

凍結融解胚移植をされた方へ

	時期	子宮内膜調整方法	胚移植数	移植方法	妊娠
1回目	年 月	自然・クロミッド法 フェマーラ・レトロゾール HR・その他 ( )		初期胚 胚盤胞 2STEP	有・無
2回目	年 月	自然・クロミッド法 フェマーラ・レトロゾール HR・その他 ( )		初期胚 胚盤胞 2STEP	有・無
3回目	年 月	自然・クロミッド法 フェマーラ・レトロゾール HR・その他 ( )		初期胚 胚盤胞 2STEP	有・無

6. 生活習慣…□に✓をし、内容を教えてください

喫煙: □非喫煙 □喫煙中 ( 本/日)  
□以前喫煙していたが 年前から非喫煙)

飲酒: □なし □時々 □毎日

運動習慣: □定期的に運動している □全く運動していない  
□たまたま (週1回程度) 運動している

現在使用している薬・サプリメント・漢方薬を教えてください

{

アレルギー・体質について教えてください

{

7. ご主人様 (パートナー) は不妊治療について、理解や協力をしてくれませんか

どのような考えか、わかる範囲でご記入ください

{

8. 何か聞きたいこと、抱いている思いなどがございましたらご記入ください

{

9. ご主人様 (パートナー)

お名前 \_\_\_\_\_

年齢 歳 職業 \_\_\_\_\_

① 今までに奥様 (パートナー) 以外の方との間で、妊娠の既往はありますか [ あり・なし ]

② B型肝炎・C型肝炎・HIVで陽性になったことはありますか [ はい・いいえ ]

③ STD (性行為感染症) にかかったことはありますか [ はい・いいえ ]

⇒ 『はい』と答えた方は、結果について記入してください  
いつ頃 年 月 [ 治療済み・治療未 ]

□クラミジア □淋病 □梅毒 □尖圭コンジローマ  
□その他 ( )

④ 生活習慣…□に✓をし、内容を教えてください

健康ですか [ はい・いいえ (病名 ) ]

喫煙: □非喫煙 □喫煙中 ( 本/日)  
□以前喫煙していたが 年前から非喫煙)

飲酒: □なし □時々 □毎日

運動習慣: □定期的に運動している □全く運動していない  
□たまたま (週1回程度) 運動している

現在使用している薬・サプリメント・漢方薬を教えてください

{

アレルギー・体質について教えてください

{

⑤ 何か聞きたいこと、抱いている思いなどがございましたらご記入ください

{