

不妊相談の方へ



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]
⇒『はい』と答えた方は□に✓をし記録方法を教えてください。
□紙
□アプリ [アプリ名： _____]

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 _____]
⑥:正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（ _____ ）
⑦: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 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（ _____ ）>

⑦ 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）>

⑧ 風疹ワクチン接種 [あり ・ なし]

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
たまに (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、抱え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
たまに(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

[_____]

- ⑥風疹ワクチン接種 [あり ・ なし]

- ⑦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]