

## ＜赤ちゃんが欲しくて来院された方へ＞

氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 結婚年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 避妊せずに妊娠しない期間はどのくらいですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月
2. 今回、受診された目的はどれですか？（複数回答可。□にチェックを付けてください。）

相談したい

異常がないか検査を受けてみたい

不妊治療を受けてみたい

排卵誘発剤を使ってみたい

タイミング指導を受けたい

人工授精（子宮内精子注入）を希望

体外受精・顕微受精を希望

他院で検査や治療をしたが妊娠しなかったため、当院での治療を希望したい

病院名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃まで通院

＜これまでに受けた検査、治療についてわかる範囲でお答えください＞

### ◎検査について

ホルモン検査 → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

子宮卵管造影 → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

フーナーテスト → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

クラミジア検査 → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

腹腔鏡検査 → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

精液検査 → 異常あり（ \_\_\_\_\_ ）・異常なし

### ◎診察について

排卵誘発（カミノン） \_\_\_\_\_ 周期

排卵誘発（FSH/HMG療法） \_\_\_\_\_ 周期

タイミング指導 \_\_\_\_\_ 周期

人工授精（子宮内精子注入法） \_\_\_\_\_ 周期

体外受精 \_\_\_\_\_ 周期・採卵 \_\_\_\_\_ 回（周期）

・胚移植 \_\_\_\_\_ 回（周期）

※採卵の方法や個数、採卵後何日目に胚移植をしたか等、わかる範囲でお答えください。

3. 診察、治療についてご本人の希望はありますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

4. ご主人様は不妊治療について、理解や協力をしてくれますか？

どのような考えか、わかる範囲でご記入ください。

（ \_\_\_\_\_ ）

5. 来院・受診に対して心配なことがあればご記入ください。

（ \_\_\_\_\_ ）

6. 治療に取り組むにあたり、不安はありますか？

①かなりある

②まあまあある

③少しある

④あまりない