問診票　〈わかる範囲でご記入ください〉

1. 不妊症の検査・治療を受けたことがありますか

□ある

□ない

②　これまでに受けた検査と結果

□超音波検査　□問題なし

　　　　　　　□問題あり ⇒　□子宮筋腫　□卵巣のう腫

　□その他（　　　 　　）

□ホルモン検査　 □問題なし

□問題あり　⇒　□黄体ホルモン　□高プロラクチン

　　　　　　　　　　　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　）

□性交後検査（フーナーテスト）□問題なし　□不良

□精液検査　□問題なし

　　　　　　□問題あり　⇒　□精子が少ない　□精子がいない

　　　　　　　　　　　　　　□精子の動きが悪い　□その他（　　　　　）

□子宮卵管造影検査 　□問題なし

　（20　　年　 月） □問題あり ⇒　□卵管閉塞（右・左・両方）

　　　　　　　　　　 □その他（　　　　　　　）

□卵管通気・通水検査　□問題なし

　（20　　年　　月） □問題あり( )

□腹腔鏡　 □問題なし

　（20　　年　　月）　□問題あり( )

□抗精子抗体検査　　□問題なし

　　　　　　　　　　□問題あり( )

□その他

③　これまでに受けた治療

□排卵誘発剤の飲み薬

□排卵誘発剤の注射

□人工授精　自然周期　　　回　飲み薬周期　　　回　注射周期　　　回

④　体外受精・顕微授精

（1）□体外受精　□顕微授精

・採卵数　　　個　・受精　　個　・新鮮胚移植　・凍結融解胚移植

（2）□体外受精　□顕微授精

・採卵数　　　個　・受精　　個　・新鮮胚移植　・凍結融解胚移植

**裏面もご記入ください**

（3）□体外受精　□顕微授精

・採卵数　　　個、受精　　個、新鮮胚移植、凍結融解胚移植

（4）□体外受精　□顕微授精

・採卵数　　　個、受精　　個、新鮮胚移植、凍結融解胚移植

⑤　受診される動機となった出来事はありますか

　　□ある・・それはどんなことですか

　　□ない

　　□わからない

⑥　受診されるにあたってどのようなご希望がありますか

　　□検査や治療について相談のみ希望

□セカンドオピニオン（他の病院通院中で、主治医以外の意見を聞きたい場合）

□必要な検査を受けたい

□積極的に必要な治療を受けたい

□その他

⑦　ご希望などがありましたらご記入ください

**～ご連絡先の確認について～**

緊急の連絡などで、電話をさせていただくことがあります。

あなたに直接連絡ができる、電話番号をご記入ください。

あなたのお名前

ご記入日　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | ○をしてください | 電話番号 | 病院の名前を　出してもよろしいですか | 留守番電話に　入れてもよろしいですか |
|  | 携帯 自宅 職場 |  | はい　いいえ | はい　いいえ |
|  | 携帯 自宅 職場 |  | はい　いいえ | はい　いいえ |
|  | 携帯 自宅 職場 |  | はい　いいえ | はい　いいえ |

★連絡先の電話番号を変更された場合は、ARTセンター受付にお申し出ください