

票 診 問

氏名：	生年月日：	年齢：
-----	-------	-----

結婚歴について

結婚日 年 月
* 未婚の場合 (事実婚 ・ 婚約中 ・ 未婚)

不妊期間はどのくらいですか？ () 年
避妊期間はありましたか？ はい () 年 ・ いいえ

その他について
基礎体温をつけていますか？ はい ・ いいえ

市販の排卵チェック薬等を使ったことがありますか？ はい ・ いいえ

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
（お薬またはサプリメント： ）

夫婦生活（セックス）は月に何回くらいですか？
（ 月に 回くらい ）

生活習慣について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた（ 年前）
「はい」の方は、どれくらい飲まれますか？ （ 1日 ）

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた（ 年前）
「はい」の方は、どれくらい吸われますか？ （ 1日 本 ）

ご主人について

年齢： ご職業：
お酒は飲めますか？ はい ・ いいえ ・ やめた（ 年前）
「はい」の方は、どれくらい飲めますか'（ 1日 ）

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた（ 年前）
「はい」の方は、どれくらい吸われますか？（ 1日 本 ）

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
(お薬またはサプリメント：)

今までにかかった病気や手術はありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方は、ご記入ください

病気または手術（	）	（	）	才
病気または手術（	）	（	）	才
病気または手術（	）	（	）	才

アレルギーはありますか？ はい（ ） ・ いいえ

不妊の検査や治療に協力的ですか？
はい ・ いいえ ・ 内緒にしている ・ わからない

不妊治療歴について

今までに不妊治療を受けたことがあります はい ・ いいえ

* 差支えなければ、病院名をご記入ください

卵管造影検査または通水検査を受けたことがありますか？

はい (病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果、検査時期についてお答えください

検査時期： 年 月頃

右： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他（ ）

左： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他（ ）

ヒューナー検査を受けたことがありますか？ はい（ 病院） ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

(良好 ・ やや不良 ・ 不良 ・ その他 ())

ご主人の精液検査を受けたことがありますか？ はい（ 病院） ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

精液量 (濃度 () 万/μl 運動率 (奇形率 () %

タイミング療法を受けたことがありますか？ はい（ 病院） ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期によるタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

排卵誘発剤を用いたタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

人工授精を受けたことがありますか？ はい（ 病院） ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期による人工授精	回	最後に施行した日	年	月	日

排卵誘発剤を用いた人工授精	回	最後に施行した日	年	月	日

体外受精を受けたことがありますか？ はい（ 病院） ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

[illegible]