

問診票 2 (赤ちゃんが欲しいと受診した方)

1, 御名前 (姓) _____ (名) _____

2, 生年月日・年令 (昭和) (平成) _____年 _____月 _____日 _____才

3, 結婚 (昭和) (平成) _____年 _____月 _____日 _____才

結婚予定 平成 _____年頃

同居期間有り 平成 _____年頃～

離婚歴 有り (平成 _____年～平成 _____年 結婚期間) ・ 無し

4, 結婚後～現在まで _____年 _____ヶ月

避妊期間 _____年 _____ヶ月 (避妊はピル、コンドーム使用、膈外射精)

避妊しなくても、積極的に挙児希望なし又はセックスレス _____年 _____ヶ月

積極的挙児希望期間 _____年 _____ヶ月

5, 妊娠、分娩歴 (現パートナーとの間)

妊娠 _____回 流産 _____回 人工 () 自然 ()

分娩 _____回 平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

6, 妊娠、分娩歴 (パートナー別)

妊娠 _____回 流産 _____回 人工 () 自然 ()

分娩 _____回 平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

平成 _____年 _____月 正常・異常

7, 不妊検査、治療歴

今まで不妊に関する検査、治療をしたことがありますか。① ある ____ ② ない ____

① と答えた方 検査しているものにチェックをして下さい

- ・ ホルモン検査 ・ 卵管造影検査 ・ フーナー検査 (性交後検査)
 - ・ 黄体機能検査 ・ 精液検査 ・ 不育症検査
- (検査結果のコピー 有 ・ 無)

① と答えた方 治療内容にチェックして下さい。

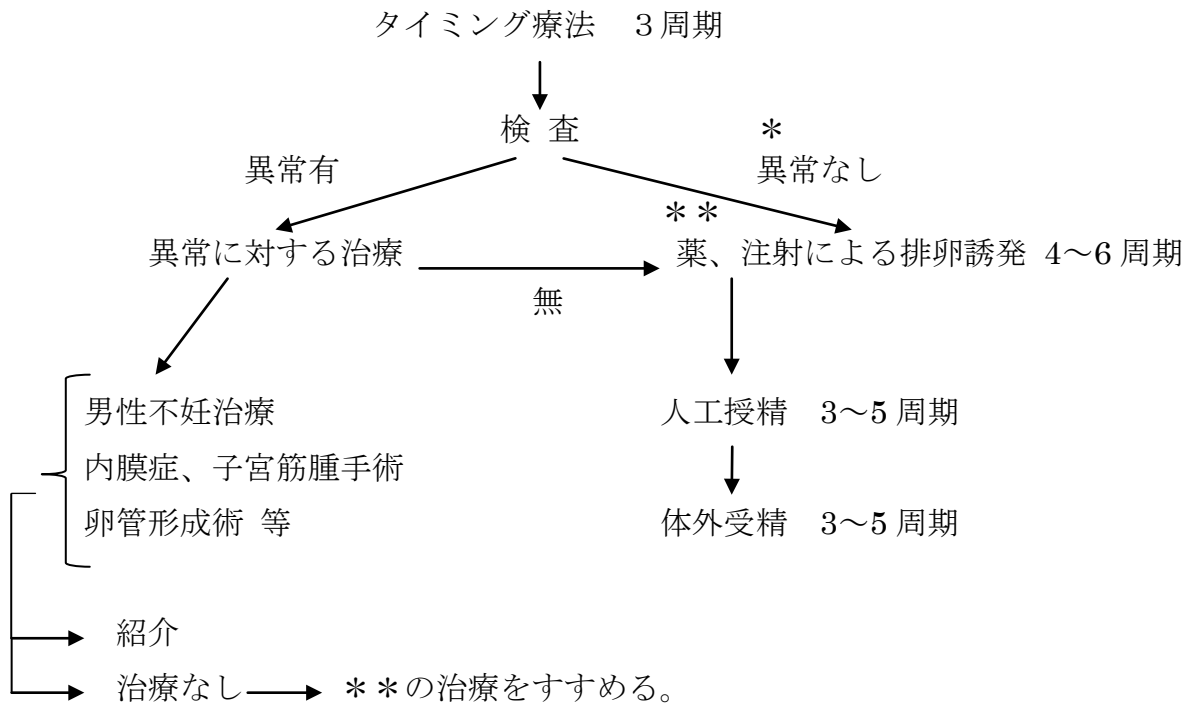
- | | | | |
|---------|----------|------------------------|----|
| タイミング療法 | 自然周期 | () | 周期 |
| | クロミッド等内服 | () | 周期 |
| | HMG 注射 | () | 周期 |
| 人工授精 | | () | 周期 |
| 体外受精 | | () | 回 |
| | | (内顕微鏡受精 () | 回) |

8, 当院での診察をお受けになるにあたり希望はありますか。

- ① タイミング療法のみ希望 (2,000 円 保険)
- ② 検査をできるだけ早く希望 (30,000 円～35,000 円 保険+自費)
- ③ 内服治療、注射による排卵誘発法等希望

[排卵誘発剤 900 円～1,800 円
	自己注射 10,000 円～18,000 円
	通院注射 (HMG テイゾー等)700 円～800 円
- ④ ①-③ 済のため人工授精希望 (10,000 円)
- ⑤ 体外受精希望 (250,000 円～350,000 円)
- ⑥ ④、⑤は希望しない (当分希望しない ・ 全く希望しない)

9, 当院での治療の流れ



原則として年齢、治療期間、AMH の値 等によって治療間隔を決めています。

治療を希望しない場合（タイミング療法以外の）もタイミング療法のみも出来ます。
御希望の範囲内ですすすめます。

40 才以上の方は 1 つ 1 つの治療期間を短縮します。

AMH(抗ミュラー管ホルモン)が年齢より著しく低い人も治療期間の短縮をすすめます。

* 検査で異常なしと判断された場合に考えられる病態です。

- ・黄体化未破裂卵胞 （LUF…排卵していない状態です。）
- ・軽度の子宮内膜症 （生理痛が強い人が疑われます。）
- ・軽度の卵管周囲ゆ着（子宮卵管造影検査で疑われます。）
- ・卵管の輸送障害 （卵管のせん毛の働きが悪いともいわれています。）
- ・着床障害
- ・精子の受精障害
- ・卵子の活性化障害 等があります。体外受精で原因がわかることも多いです。