

問診票

お名前	
生年月日	H 年 月 日
ご結婚日	H 年 月 日
不妊歴	
治療をされてどのくらい立ちますか？	
妊娠歴	
出産歴	
婦人科疾患の有無	有 無
ある場合は？	
男性側の不妊原因有無	有 無 不明
ある場合は？	
病院ではどのような治療をされていますか？	
例)平成21年A病院来院	
平成21年AIH1回目	
平成21年2月2回目	
平成21年6月採卵	
平成21年7月IVH1回目(クロミド、HCG)	
不妊の原因は？	
月経周期について当てはまるところに○を付けてください	
月経痛 有 無	有 無
ある場合は何日目か？	
痛み止めは飲むか？	飲む 飲まない
子宮内膜症は？有 無	有 無
血塊 ある ない 時々ある	
月経量	多い 普通 少ない 減ってきた 増えてきた
月経前症候群はある？	有 無
ある場合は何日目か？	
どんな症状があるか	
基礎体温表はつけていますか？	
つけておられる方はおみせください	
2層性はありますか？	有無
高温期は何日くらい？	日くらい