

茅場町女性鍼灸院 妊活コース問診票

◆検査についてお伺いします

- ホルモン検査 [問題なし・問題あり・不明]
- AMH検査 [年齢相応・低値 → 数値 : _____]
- クラミジア感染症検査 [陰性・陽性 → 治療 = 済み・未]

◆行ったことがある検査に✓をお願いします

- フーナーテスト 子宮鏡検査 腹腔鏡検査
- 抗精子抗体検査 ALICE・ERA・EMMA検査 子宮卵管造影検査
- 通水・通気検査 PGT-A

◆当てはまる項目に✓をお願いします

- 子宮筋腫 卵管水腫 高プロラクチン血症
- 子宮内膜症 多のう胞性卵巣症候群 甲状腺機能低下・亢進症
- チョコレートのう胞 黄体機能不全 不育症
- 卵巣のう腫 早発卵巣不全(POF)

◆夫の年齢 [_____] 歳 ◆ご主人は不妊治療に協力的ですか? [はい・いいえ]

◆喫煙 [あり・なし] ◆飲酒 [あり・なし]

◆精液検査 [異常あり・異常なし・不明]

◆男性不妊について、当てはまる項目に✓をお願いします

- 精子無力症 奇形精子症 膣内射精障害
- 乏精子症 精索静脈瘤 勃起不全 (ED)
- 無精子症

◆今までの不妊治療の通院歴をご記入下さい

治療法	病院	期間	回数	検査・治療・薬など
タイミング		から まで	回	
人工授精		から まで	回	
体外受精		から まで	回	
顕微授精		から まで	回	

◆今後の不妊治療の方針について

- タイミング 人工授精 体外受精 顕微授精 未定