

不妊相談シート (ご夫妻用) 202301

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本紙は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません ※年数は西暦でご記入下さい

■おふたりの状況について教えてください

婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚(_____ 年 _____ 月入籍) <input type="checkbox"/> 未婚(結婚予定が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)
居住	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 他(_____)
	同居のご家族 … <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 夫家族 <input type="checkbox"/> 妻家族 <input type="checkbox"/> 他(_____)
いつから子供を希望していますか	_____ 年 _____ 月頃から、期間は _____ 年 _____ ヶ月間くらい
性行為に問題がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 性交痛 <input type="checkbox"/> 性交回数 <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 射精障害 <input type="checkbox"/> 精神的・生理的 <input type="checkbox"/> その他(_____)
基礎体温測定	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している

■ご希望の相談内容について教えてください

女 性	男 性
<input type="checkbox"/> 月経(<input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 他 _____)	<input type="checkbox"/> 射精障害 <input type="checkbox"/> 勃起不全
<input type="checkbox"/> パートナーに検査結果を知られたくない	<input type="checkbox"/> パートナーに検査結果を知られたくない
<input type="checkbox"/> 通院せずに夫婦だけで妊娠を目指すことはできるか ↳(<input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 食生活 <input type="checkbox"/> サプリメント <input type="checkbox"/> 夫婦生活 <input type="checkbox"/> 検査薬 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> いつか受ける治療のために、今できることはあるか	
<input type="checkbox"/> 一度は妊娠したけれど、そのあと妊娠しない(前回の妊娠 _____ 年 _____ 頃、 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 他)	
<input type="checkbox"/> いつ検査や治療を始めたらいいいのか	
<input type="checkbox"/> 基礎体温測定(<input type="checkbox"/> 続けられない <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> 以前不妊治療のため別の病院に通っていたが、いつか治療を再開したい ↳(<input type="checkbox"/> クリニック名 _____ 通院期間 _____ 年 _____ 月頃～ _____ 年 _____ 月頃)	
<input type="checkbox"/> 持病が妊娠や生まれてくる子供に影響があるか(病名 _____)	
<input type="checkbox"/> 将来の不安(<input type="checkbox"/> 子供ができないこと <input type="checkbox"/> 子育て・養育 <input type="checkbox"/> 収入 <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> 通院の不安(<input type="checkbox"/> 距離 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 仕事の調整 <input type="checkbox"/> 子供の預け先 <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> 治療費について(<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> 周囲の圧力(<input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> どこで調べたらいいのか(<input type="checkbox"/> 不妊について <input type="checkbox"/> 治療について <input type="checkbox"/> 助成金について <input type="checkbox"/> 他 _____)	
<input type="checkbox"/> 自分が調べたことが正しいのか専門家の意見を聞きたい ↳(<input type="checkbox"/> 調べたこと _____)	
詳細	

■おふたりのことを教えてください

女 性	男 性
ふりがな 氏名	ふりがな 氏名
生年月日 年 月 日(歳)	生年月日 年 月 日(歳)
妊娠歴 妊娠(回) 出産(回) 流産(回) 子宮外妊娠(回) 人工中絶(回)	実子の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳 歳)
初潮年齢 (歳) 月経周期 ()整順 不順 月経量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 月経痛 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軽度 L部位 <input type="checkbox"/> 下腹 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 他() 鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時	性欲はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 勃起しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない マスターベーションで射精しますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
婦人科にかかったことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 検査() <input type="checkbox"/> 不妊治療()	精液検査を受けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年 月頃) 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり()
喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
職業() <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> 時短勤務 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト	職業() <input type="checkbox"/> 夜勤あり <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 在宅勤務

内田クリニック婦人科でカルテをお作りします。代表者のかたがご記入ください。

-----<キリトリ>-----

※太枠の中にご記入ください

相 談 者 氏 名	フリガナ		生年 月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 県 市		TEL(携帯) (その他)	
職 務 先	名称		TEL	
緊 急 連 絡 先	昼間	-	自宅・勤務先・携帯・他()	
	夜間	-	自宅・勤務先・携帯・他()	

✓医師との不妊相談