

フェイスシート 兼 一般不妊治療計画書 氏名

当クリニックでは、妊娠を希望している方に対して「セミオーダー」の検査や治療を行っています。そのため、生活の状況など非常にプライベートな部分までお答えいただきますが、あなたの現在のお気持ちやご希望をお答えください。

- 現在、結婚していますか？
 結婚している（結婚 年目） 婚約中（結婚予定 年 月） 未婚
- あなたの職業はなんですか？ 具体的な職種を記入してください。
 夜勤（あり ・ なし）
- パートナーの職業はなんですか？ 具体的な職種を記入してください。
 夜勤（あり ・ なし）
- 今までに大きな病気やけがなどしたことがありますか？
 ない ある（ ）
- 基礎体温を測定していますか？
 はい いいえ
- 妊娠を希望して以降の性交渉の回数ほどの程度ですか？
 週2回以上 週1回以上 排卵日頃に2回以上 排卵日頃に1回 ほとんどなし
- 妊娠を希望してから（避妊をせずに性交渉を行ってから）の期間は？
 1か月未満 3か月程度 半年程度 一年程度 （ ）年間程度
- これまでに妊娠したことがありますか？
 ない ある（分娩 回、中絶 回、流産 回）
- 妊娠したことがある方のみ ～ 妊娠したパートナーは現在のパートナーですか？
 はい いいえ
- いままでに不妊に関する検査を受けたことがありますか？
 はい いいえ
- いままでに不妊に関する治療を受けたことがありますか？
 はい いいえ
- パートナーは、不妊に関する検査や治療の同意はありますか？
 はい いいえ わからない（伝えていない）
- 不妊に関する検査をどの程度ご希望しますが？（一部、自費検査となります）
 - 超音波（経腔）検査・・・子宮や卵巣の形態異常、筋腫やのう腫の有無、内膜症の有無など
 - ホルモン採血・・・女性ホルモンの基礎値（月経中）を測定し、卵巣機能や排卵障害の有無
 - 卵管通水検査・・・内膜症やクラミジア感染の既往により、卵管の狭窄を診断する
 - 甲状腺採血・・・重度の月経不順やホルモンバランスの異常の原因となる
 - クラミジア採血・・・過去にクラミジア感染の有無を調べる
 - 抗ミュラー管ホルモン採血・・・現在の卵巣年齢（残存卵子の程度）を調べる
 - 抗精子抗体採血・・・精子の動きを止めてしまう抗体の有無を調べる
 - フーナーテスト・・・排卵日に性交を行い、膈内のおりものの中にいる精子の運動率をみる
 - 精子検査・・・自宅で専用の容器の射精し、顕微鏡で精子の数、運動率、奇形の有無をみる
- 不妊に関する治療をどの程度ご希望しますが？
 - タイミング指導・・・排卵が近い時期に来院し、超音波で排卵の時期を指導する
 - 漢方療法・・・体質改善を目的に、比較的長期間の服用を行う
 - クロミフェン療法・・・月経3～5日目より5日間内服を行い、排卵を誘発する
 - ゴナドトロピン療法・・・排卵までの間に3～4日注射を行い、排卵を誘発する
 - 人工授精・・・排卵の時期に精子を専用のチューブにて直接子宮内に注入する

説明日 年 月 日 たかこレディスクリニック 院長 横井 崇子

上記の内容について、説明を受け同意しました。

氏名

パートナー氏名