

※ 不妊のご相談の方は、こちらの間診票もご記入ください。
(更年期障害等、婦人科系のご相談の方も、上部枠内 症状欄までご記入ください)

※ 基礎体温をつけている方は基礎体温表もお持ちください。

記入例

| | | | | |
|--------|--|-----------------------|---|------------------------|
| 氏名 | 玄和堂 花子 | 最終月経 1 / 1 ~ 1 / 5 | 初潮 ○○○○年 ○月 (○○)才 | 結婚○○○○年○○月○○日 (○○)才 |
| 妊娠歴 | 妊娠 (1) 回 最終分娩 (才) 最終流産 (8 週 ○○才) 最終人工流産 (週 才) | | | |
| 卵管検査 | 良好 | ゆ着 (左・右) | 閉塞 (左・右) | 卵管水腫 未検 |
| 症状 | 冷え性 寒がり 暑がり 手掌・足の裏がほてる 手があれる 指紋がきえる しもやけ 顔がほてる 口唇乾 立ちくらみ めまい 生あくび 車に酔う 胃腸の状態 (普通 胃弱 下痢し易い) 食後の嗜眠 下腹部が張る 寒い日に腹が痛む | | | |
| 夫の生年月日 | ○○○○年 ○月 ○日生 (○○)才 | 夫の職業 ○○○○ | 精液検査 (正常・問題あり・未検) 量 3.0 ml 数 1億5000万 / ml 運動率 60 % 奇形率 90 % フナーテスト (良好・不良・未検) | |

* これからの不妊治療について現時点でのお考えをお聞かせください。

1. 漢方薬服用のみで自然妊娠を希望

2. 将来、人工授精を考えている

理由

3. 将来、高度生殖医療 (体外受精・顕微授精・他) を考えている

理由

4. その他

* 今までに行った不妊・婦人科系に関しての治療歴・診断・検査・結果などをお書きください。

※子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫などは必ず記載してください。

・タイミング法 3 回 排卵誘発剤 無・有 (クロミッド)

・人工授精 (AIH) 5 回

・体外受精 採卵 2 回 IVF (体外受精) 2 回 顕微授精 1 回

(年月日)

○年○月 子宮内膜症指摘される

○年○月 子宮筋腫指摘されるが小さいため経過観察となる

○年○月～不妊治療開始 クロミッド服用にてタイミング法を試みるも妊娠に至らず

○年○月～人工授精にステップアップ 5回行ったが妊娠に至らず

○年○月 体外受精にステップアップ 2個採卵 体外受精にて1個戻すも妊娠に至らず 凍結胚1個

○年○月 体外受精2回目 凍結胚を戻すも妊娠に至らず

○年○月 採卵2回目 1個採卵 顕微授精にて妊娠したが、8週目に流産

現在は、治療は休んでいる。

当院をどのようにして知りましたか。 紹介 (医療関係・友人・知人) 著書・雑誌・インターネット・その他

玄和堂診療所