

不妊専門相談会 問診票

相 談 者	参加者 本人	住所	年齢	職業の形態	婚姻
	パート ナー	住所	年齢	職業の形態	
妊 娠 歴	「有」を選択した場合、分娩回数等をご回答ください 分 娩 回 流 産 回 死 産 回 中 絶 回				
子 ども	「有」を選択した場合、子どもの人数をご回答ください 子 ども 人				
パートナーとの 同居年数	年 (年 月 ~ 年 月)				
	直近の避妊をしていない期間 年 か月				
初 経 年 齢	歳	月 経 周 期	「規則的」を選択した場合、周期日数をご回答ください 周 期 日 数 日		
不 妊 専 門 相 談 会	「過去に相談したことがある」を選択した場合、ご回答ください 前 回 の 相 談 月 日 年 月 頃				
不 妊 の 原 因	「その他」を選択した場合、具体的な内容をご回答ください				
不 妊 検 査					
不 妊 治 療	直 近 の 治 療 歴	一般不妊治療	年 月 ~ 年 月 頃		
		治療内容			
		人工授精	年 月 ~ 年 月 頃		
		治療内容			
		体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月 頃		
		治療内容			
相 談 した い 事 柄 ・ 内 容					