

不妊相談シート (ご夫妻用) 202312 記入日：西暦 202 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	お二人は… <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 他()
	同居のご家族 … <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 夫家族 <input type="checkbox"/> 妻家族 <input type="checkbox"/> 他()
性行為に問題はありますか	<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(年 月から開始)

■ご希望の相談内容について教えてください(複数回答可)

ご記入後は、太枠の部分が収まるように撮影して、LINE からご送信ください。

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
女性の悩み	<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"/> 基礎体温測定 <input type="checkbox"/> パートナーに検査結果を知られたくない
男性の悩み	<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
通院について	<input type="checkbox"/> 通院を考えていない <input type="checkbox"/> 通院をしたい…(年 月頃から)
<input type="checkbox"/> 通院せずに自分たち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"/> 運動 <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 ↳(クリニック名..... 通院期間.....年.....月頃~.....年.....月頃)	
<input type="checkbox"/> いつ検査や治療を始めたらいいのか相談したい <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"/> 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.....月頃、 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 他)	
<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"/> 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"/> 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"/> 精神的なプレッシャーを感じている(<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 ↳(調べたこと.....)	

詳細がありましたらお書きください

