



7 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ  
 ・ 病気 ( ) は ( ) 才のとき  
 ( ) は ( ) 才のとき  
 ・ 手術 ( ) は ( ) 才のとき  
 ( ) は ( ) 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ  
 ・ 治療の内容は ( ) ・ 内服中の薬は ( )  
 ( ) ( )
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ  
 ・ 薬品名は ( ) ・ 症状は ( )  
 ( ) ( )
- ④ 喘息など、アレルギー体質がありますか はい ( ) いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい ( ) いいえ
- ⑥ 最近、子宮癌検診を受けましたか はい ( 年 結果 ) いいえ
- ⑦ 性感染症にかかったことがありますか はい ( ) いいえ
- ⑧ 飲酒の習慣はありますか はい ( 程度 ) いいえ
- ⑨ 喫煙の習慣がありますか はい ( 本/日 ) いいえ

8 今までの不妊治療 なし あり 期間 ( 年 ) 不妊の原因がわかれば記入 ( )

一般治療

- ・ タイミング法 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )
- ・ 排卵誘発剤投与 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )
- ・ 子宮卵管造影 なし あり ( 結果 ) 施設名 ( )
- ・ 人工授精 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )

- 体外受精 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )
- 顕微授精 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )
- 凍結胚移植 なし あり ( 回数 回 ) 施設名 ( )

9 御主人について

- ・ 健康ですか はい いいえ
- ・ 今までかかった病気はありますか はい ( ) いいえ
- ・ 精液検査をしたことがありますか はい (結果 ) いいえ  
 (施設名 )

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください