## 問 診 表

下記についてご記入ください。裏	<b>夏表面とも必要になります。</b>
フリガナ 奥様のお名前 () ) 才	上 生年月日 西暦 年 月 日
自宅住所 〒	自宅電話 ( ) -
Bp ( / ) 職業	携帯電話( ) -
身長 ( ) c m 体重 ( ) k g	血液型 ( )型 Rh( )
	<u>字</u> 生年月日 西暦 年 月 日
	梅世帝红()
職業	携帯電話 ( <u></u>  血液型 ( )型 Rh ( )
* 緊急時には、電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がごさ	ざいます。 <u> </u>
1 ご希望の治療内容 a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d	顕微授精 e 卵子凍結 紹介なし
f 不妊ドッグ・相談 g その他(	)
<ul> <li>○予約方法 ( a WEB予約 b TEL予約 c 直接来院</li> <li>○動機</li> <li>a 他医の紹介による (病院、医師名:</li> <li>b 新聞、雑誌で (誌名 )</li> <li>c 知人の紹介</li> <li>d ホームページ</li> <li>e インターネット広告 ( yahoo )</li> </ul>	
f インターネット広告 (Google) j その他( <b>3 あなたの月経について</b>	)
<ul> <li>① 初潮は( ) 才のとき</li> <li>② 月経は順調にありますか 順調</li> <li>③ 月経は何日型で、何日続きますか。 ( ) 日</li> <li>④ 月経のとき痛みますか はい</li> <li>⑤ 月経の量は多いですか 多</li> <li>⑥ 月経中に血塊(かたまり)がありますか はい</li> </ul>	不順 日型で( )日間続く いいえ 中 少 いいえ 月( )日より( )日間
	のとき)
<b>同棲</b> S・H・R 年 月 ( 才	つのとき : <b>離婚</b> 才のとき) つとき) 年
6 妊娠したことはありますか はい	いいえ
1 S・H・R 年 月 S・H・R	2 年 月 S·H·R 年 月
	g 週 健·否 男·女 g 週 健·否
<del>                                     </del>	

1級したことはめりよりが					71,	V	ババス					
	1				2				3			
	S·H·R		年	月	$S \cdot H \cdot R$		年	月	$S \cdot H \cdot R$		年	月
出産	男・女	g	週	健・否	男・女	g	週	健・否	男・女	g	週	健・否
流産	週				週				週			
子宮外妊娠	週				週			週				

1	病気になったり、手術	<b>術を受けたことがあり</b>	ますか	はい	• (///	え			
	<ul><li>病気(</li></ul>		)	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	や内服している薬はあ	りますか	はい	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	ネ			
	<ul><li>治療の内容は(</li></ul>	, r vanco e a speciolos	)	• 内服中		-	)		
	(		)	1 3/3/2 1	(		)		
			-1 114	10 de la 1.	ala s	>			
(3)	) 今まで使った薬や注射	可で副作用を起こした	ことかあ			<ul> <li>いいス</li> </ul>			
	・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	こ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	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	ことがありますか		はい	(		)	いいえ	
8	飲酒の習慣はあります	ナか		はい	(	看	是度 )	いいえ	
9	喫煙の習慣があります	ナカ・		はい	(	本/	/日 )	いいえ	
8	今までの不妊治療	なし							
•	7 OC CO TALIDA		年)	不妊の原因	目がわかれば記え	\ (			)
	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		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		設名(			)
	凍結胚移植	なし	あり	(回数		設名(			)
				. ,,	, ,,	• •			•
御	主人について								
	<ul><li>健康ですか</li></ul>		はい				いいえ		
	<ul><li>・今までかかった病気に</li></ul>		はい	(		)	いいえ		
	<ul><li>精液検査をしたことが</li></ul>	ぶありますか	はい	(結果		)	いいえ		
				(施設名		)			

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)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください

9