

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