

問 診 表

下記についてご記入ください。裏表面とも必要になります。

フリガナ

奥様のお名前 () 才 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 R h ()

フリガナ

御主人のお名前 () 才 生年月日 西暦 年 月 日

携帯電話 () -

職業

血液型 () 型 R h ()

* 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ざいます。

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 { 紹介あり ()
紹介なし
f 不妊ドッグ g 相談 () h その他 ()

2 当院受診の動機・予約方法

◎予約方法 (a WEB 予約 b TEL 予約 c 直接来院)

◎動機

- a 他医の紹介による (病院、医師名 :)
b 新聞、雑誌で (誌名 :)
c 知人の紹介
d ホームページ
e インターネット広告
f Instagram の広告 j その他 ()

3 あなたの月経について

- ① 初潮は () 才のとき
② 月経は順調にありますか 順調 不順
③ 月経は何日型で、何日続きますか。 () 日型で () 日間続く
④ 月経のとき痛みますか はい いいえ
⑤ 月経の量は多いですか 多 中 少
⑥ 月経中に血塊 (かたまり) がありますか はい いいえ
⑦ 最近の月経はいつから始まりましたか () 月 () 日より () 日間

- 4 結婚 S・H・R 年 月 (才のとき)
再婚 S・H・R 年 月 (才のとき : 離婚 才のとき)
同棲 S・H・R 年 月 (才のとき)

5 妊娠を希望してから何年になりますか () 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	2 S・H・R 年 月	3 S・H・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

<裏面もご記入ください>

7 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気・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
- ・ 今までに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