

＜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 ()
() ()
・ 医療機関名 () ・ 受診日 ()
- 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(食品含む)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 (施設名)) いいえ
- ・ 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)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください