

ふりがな 生年月日 昭和・平成 年 月 日

ご本人 お名前 様 (才) 身長 cm 体重 kg

ご住所 〒

当院から連絡可能な電話番号 メール

ふりがな 生年月日 昭和・平成 年 月 日

パートナー お名前 様 (才) 身長 cm 体重 kg

ご住所 同上 〒

当院から連絡可能な電話番号 治療には 協力的・消極的

現在の状況 [入籍済 (H 年)] ・女性職業 主婦 ・ 喫煙歴 無・有→現在 本/日
[未入籍] ・男性職業 喫煙歴 無・有→現在 本/日

(1) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください。(該当する番号に○、複数回答可)

①精査後医師と相談 ② タイミング指導 ③ 人工授精 ④ 体外受精 ⑤ その他 ()

(2) 妊娠したいと思ってからどのくらいたちますか? (年 ヶ月)

・性交障害はありますか? (ある ・ ない)
・性生活についてあてはまるものはありますか? (排卵日付近のみ ・ sexless ・パートナーが長期不在中)

(3) 月経についてお答えください。

最終月経 (月 日より 日間) ・月経痛 (ひどい ・ 無い又はあっても軽度)
月経周期 (・ほぼ順調 (日型) ・ 不順 ・ 自力では無月経)

(4) 妊娠歴についてお答えください。

Table with 5 columns: 年齢, 出産, 流産, その他 (子宮外妊娠・胎状奇胎など). Rows include details on natural pregnancy, treatment, and delivery methods.

(5) これまでお受けになった検査について

通気・通水検査 子宮卵管造影検査 フーナーテスト ホルモン検査 子宮鏡検査 腹腔鏡検査
クラミジア検査 抗精子抗体検査 抗ミューラー管ホルモン 子宮がん検診 風疹抗体
甲状腺検査 精液検査

(6) これまでにお受けになった治療について

タイミング指導 ・人工授精 (回) ・体外受精 (回) ・腹腔鏡検査 / 手術

(7) 通院治療 (2 週間以上) または入院治療を受けられたことがありますか?

□なし □あり 歳 病名
歳 病名

(8) 食物や薬剤のアレルギーはありますか?

□なし □あり

(9) 当院をどのようにお知りになりましたか?

ホームページ 折り込みチラシ 雑誌広告 紹介 (紹介した方のお名前)
他 ()