

ゴム・ラテックスのアレルギー 無 ・ 有

ご本人 名前 生年月日 昭和・平成 年 月 日 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

パートナー 名前 生年月日 昭和・平成 年 月 日 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 6 columns: 年齢, 自然妊娠・不妊治療, 週, 経膈分娩・帝王切開, 流産, 自然・人工, その他 (子宮外妊娠・胎状奇胎など)

(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 ()