

記載日: R 年 月 日

ふりがな					生年月日				
お名前 (妻)	様				S・H	年	月	日	(歳)
ご住所	〒 ※番地・建物名・部屋番号までご記入下さい						ご職業		
連絡先	ご自宅			Email					
	携帯								
身長	cm	体重	kg	血液型	型	Rh	+	-	
当院を何でお知りになりましたか									
<input type="checkbox"/> ご紹介(様/)				病院・医院)					
<input type="checkbox"/> Google, Yahoo等検索サイト <input type="checkbox"/> その他サイト(サイト名:)									
<input type="checkbox"/> 赤ちゃんが欲しい <input type="checkbox"/> In Red <input type="checkbox"/> その他雑誌(雑誌名)									
<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電車・バスなどの交通広告 <input type="checkbox"/> その他()									

(1) 電話や手紙でご連絡する際、当院の病院名を告げてもよろしいですか はい・いいえ

(2) 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○をつけてください)

- ① 一般不妊相談・検査 ② 人工授精 ④ 体外受精・顕微授精 ⑤ 子宮卵管造影・子宮鏡検査
⑥ 子宮鏡手術 ⑦ 精液検査(男性) ⑧ その他 ()

(3) 結婚歴について

- ・ 結婚年齢 _____ 才 結婚 (H・R 年 月)
- ・ 入籍されていない場合 【 婚約中 ・ 同居 ・ 未婚 】
- ・ 離婚歴 なし ・ あり

(4) 夫婦生活と自覚症状について

- ・ お子様をご希望されてからの期間 (年 ヶ月)
- ・ 現在の性生活について... 1ヶ月の性交回数 (約 回)
- ・ その他の自覚症状
しぼるとお乳が出る ・ 性交痛 ・ 手の震え ・ 体重の急激な増減
その他 ()

(5) 月経について

- ・ 最終月経について (月 日より出血 日間)
- ・ 初経 歳
- ・ 月経周期 ほぼ順調(日型) ・ 不順 ・ 無月経
- ・ 月経時に辛い症状 ない ・ ある (症状)

(6) 妊娠歴について

(11) 今までに不妊検査を受けたことはありますか

ない ・ ある

基礎体温 正常 ・ 異常 ()
 子宮卵管造影 正常 ・ 異常 ()
 卵管通気・通水 正常 ・ 異常 ()
 腹腔鏡検査 正常 ・ 異常 ()
 子宮鏡検査 正常 ・ 異常 ()
 ホルモン検査 正常 ・ 異常 ()
 フーナーテスト 正常 ・ 異常 ()
 精液検査 正常 ・ 異常 ()

(12) 不妊治療について

・ 今までに不妊治療を受けたことがありますか

なし ・ あり (施設名)

・ どのような不妊治療をうけたことがありますか

① タイミング法

② ホルモン療法 : クロミフェン(____回) hMG (____回) (その他)

③ 人工授精 : 自然周期(____回) 刺激周期(____回)

④ 体外・顕微受精 : 採卵(____回) 新鮮胚移植(____回) 凍結胚移植(____回)

(13) ご主人様について

ふりがな						生年月日
お名前 (夫)	様				S・H	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 ※パートナーの方と住所が異なる場合のみご記入ください					
連絡先	携 帯		ご職業			
身長	cm	体重	kg	血液型	型	Rh + -
嗜好品	・お酒 : 飲む (少・多) ・ 飲まない ・たばこ: 吸う(本/日) ・ 吸わない					

(14) 当院に対する治療のご希望がございましたらご記入ください