

フリガナ			生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)
妻 お名前			携帯番号	-		-	
			ご職業				
身長	cm	体重	kg	本日の血圧	/ mmHg		
フリガナ			生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)
夫 お名前			携帯番号	-		-	
			ご職業				
ご住所	〒 -		自宅電話 ()		-		
	都 区		市				

* あてはまる番号と項目に○印、ご記入をお願いします。

結婚について	1. 未婚 2. 既婚 3. 婚約中 4. 事実婚
	入籍年齢 () 歳 入籍： 年 月 日 再婚： 年 月 日
不妊期間	年 ヶ月 ・避妊をせずに性交渉を始めた時期 (年 月から)
月経状態	・最終月経 (月 日から 日間) ・その前の月経 (月 日から 日間) ・初めて月経が来たのは何歳の時ですか (歳) ・月経は順調ですか? (順調 ・ 不順) ・月経周期 (日型) ・出血持続時間 (日間) ・経血量 (多 ・ 中 ・ 少) ・血塊 (あり ・ なし) ・月経痛 (無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強)
分娩歴	・妊娠したことはありますか (はい ・ いいえ) ・お子様の人数 (人) () 歳時、(自然・不妊治療後)妊娠 正常分娩・帝王切開・早産・流産・中絶・子宮外妊娠 () 週 () 歳時、(自然・不妊治療後)妊娠 正常分娩・帝王切開・早産・流産・中絶・子宮外妊娠 () 週 () 歳時、(自然・不妊治療後)妊娠 正常分娩・帝王切開・早産・流産・中絶・子宮外妊娠 () 週
婦人科 疾患 既往歴	1. 子宮筋腫 2. 子宮内膜症 3. 卵巣のう腫 (左 ・ 右 ・ 両側) 4. 子宮腺筋症 5. 子宮内膜ポリープ 6. がん (子宮 ・ 卵巣) 7. その他 () ※上記の疾患で手術または投薬治療を受けた方は、具体的にご記入下さい。 手術名： (いつ頃：) 投薬内容：
他科 疾患 既往歴	1. 喘息 () 歳～ ※最終発作 () 歳 2. 糖尿病 () 歳 3. 甲状腺疾患 () 歳 4. 心疾患 () 歳 5. 腎疾患 () 歳 6. 肝疾患・B型肝炎・C型肝炎 () 歳 7. 自己免疫疾患 () 歳 8. 精神疾患 () 歳 9. 乳がん () 歳 10. その他 () ※上記の疾患で手術または投薬治療を受けた方は、具体的にご記入下さい。 手術名： (いつ頃：) 投薬内容：
アレルギー について	1. なし 2. あり
	1. 薬物アレルギー (薬品名：)
	2. 食品アレルギー (キウイ ・ バナナ ・ その他食品名)
	3. アトピー性皮膚炎 4. 鼻炎 5. 花粉症 6. その他 ()
家族歴	家族 (夫含む) で下記の病気の方は、いますか? (誰が、どのような病気か記入下さい。) 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心疾患 4. 腎疾患 5. 肝疾患 6. がん 7. 精神疾患 8. 肺結核 9. その他

<p>どのような不妊治療をご希望ですか？ (複数可)</p>	<p>1. 不妊スクリーニング (検査) 2. タイミング指導 3. 人工授精 4. 体外受精も考えている 5. その他 ()</p>
<p>今までに不妊治療を受けた事がありますか？</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>
<p>不妊治療を受けた事のある医療機関名</p>	<p>・ ・ ・</p>
<p>今までに受けた事のある不妊検査 (複数可)</p>	<p>1. ホルモン検査 (正常・異常) 2. 子宮卵管造影 (正常・異常) 3. ヒューナーテスト (正常・異常) 4. 精液検査 (正常・異常) ※ 検査データをお持ちの場合は 5. その他 () ご提出下さい。</p>
<p>今までに受けた事のある不妊治療 (複数可)</p>	<p>1. タイミング法 (回) 2. 排卵誘発剤 (内服薬名: 回) 3. 人工授精 (回) 4. 体外受精 (回) / 顕微授精 (回) ・採卵 _____ 回 ・新鮮胚移植 _____ 回 ・凍結胚移植 _____ 回 5. その他 ()</p>

* 紹介状・検査データをお持ちの場合、受付へ提出して下さい。 *

🌱 ご記入後、問診票とボードは受付窓口にお渡し下さい。🌱



医療法人財団 小畑会

浜田病院