

竹内産婦人科 不妊外来問診票

ID:

本人	
ふりがな	
氏名	年齢
生年月日 S・H	年 月 日
血液型	型 Rh + ・ - ・ 不明

配偶者（夫）またはパートナー	
ふりがな	
氏名	年齢
生年月日 S・H	年 月 日
血液型	型 Rh + ・ - ・ 不明

現住所	〒	
連絡先	自宅電話	<input type="checkbox"/>
	携帯電話	<input type="checkbox"/>

※病院から連絡可能な番号にレ印をつけてください。

- 1) 月経について 最近の月経開始日： 月 日

2回前の月経開始日： 月 日
- 2) 結婚・夫婦生活 結婚した年： 年 月（ 歳）

について 妊娠を意識して夫婦生活をしている期間： 年 月

夫婦生活の回数： 1か月あたり（ ）回
- 3) 過去に妊娠したことがある方は妊娠歴をすべて記入してください

① 自然妊娠・不妊治療により 年 月に 正常分娩・帝王切開・流産・人工妊娠中絶
- 4) 現在の持病（内服中の薬）・過去にかかった病気・過去に受けた手術を記入してください
- 5) アレルギー・感染症の有無について当てはまるものにレ印をつけてください

薬（ ）  アルコール  ラテックス（ゴム）

肝炎（ B型  C型）  梅毒  HIV

特になし
- 6) 不妊治療のため他院を受診したことはある方は記入してください

医療機関名 期間（ 年 月～ 年 月）

今までに受けた不妊症・婦人科検査

子宮卵管造影 なし あり

精液検査 なし あり

クラミジア検査 なし あり

子宮頸がん検診 なし あり 年 月

今までに受けたことのある不妊治療

排卵誘発 回

人工授精 回

採卵（体外受精） 回 最終 年 月

胚移植 回 最終 年 月

7) 配偶者(又はパートナー)の方についてお答えください

今まで病気や手術をされたことがありますか？ なし あり（ ）

現在内服している薬はありますか？ なし あり（ ）

8) 現在の症状・質問・ご希望等何でも書いて下さい（体外受精をしたい・前医での治療内容など）