

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 ヵ月  
 夫婦生活の回数： 1ヵ月あたり ( ) 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 ( )  その他 ( )  
 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)