

不妊外来問診票

記入日 年 月 日

<奥様>

フリガナ
お名前

身長()cm 体重()kg

お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ()

<ご主人様>

フリガナ
お名前

生年月日
H・S 年 月 日

携帯番号

* ご本人様、または緊急の場合はご主人様の電話番号に
当院の病院名を告げて連絡を差し上げてよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)

結婚歴についてお答えください。

結婚年齢 ()才 入籍されていない場合(婚約中 ・ 事実婚(同棲中) ・ 未婚)

子供が欲しいと思ってからどのくらいですか？
(年 か月)

今までに不妊治療をされていませんか？(はい・いいえ)

『はい』の方にお聞きます。 治療施設 ()

- タイミング()回 排卵誘発()回 人工授精()回
 体外受精()回 顕微授精()回 凍結融解胚移植()回

▶ 体外受精治療歴がある方は裏面の記入もお願い致します。

他院でされた検査はありますか？

- 卵管の通過性(通水検査 ・ 卵管造影) → 【 異常なし 異常あり () 】
 精液検査 【 異常なし ・ 異常あり() 】

当院でどのような治療を希望されていますか？

- 治療について相談したい 妊娠できるか検査をしたい
 タイミング指導をしてほしい
 人工授精を考えている 体外受精・顕微授精を考えている

当クリニックの治療で、ご希望があれば記入をおねがいします。



体外受精・顕微授精をされたことがある方は、

最近の治療から分かる範囲で結構ですので、ご記入お願い致します。

採卵年月日 H()年 ()月()日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッドhMG法	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 妊娠の有無 Day()グレード() 有・無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	凍結胚数 ()個 ①Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ②Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ③Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無

採卵年月日 H()年 ()月()日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッドhMG法	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 妊娠の有無 Day()グレード() 有・無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	凍結胚数 ()個 ①Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ②Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ③Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無

採卵年月日 H()年 ()月()日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッドhMG法	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 妊娠の有無 Day()グレード() 有・無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	凍結胚数 ()個 ①Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ②Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ③Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無

採卵年月日 H()年 ()月()日	<input type="checkbox"/> GnRhaロング法 <input type="checkbox"/> GnRhaショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> クロミッドhMG法	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	採卵個数 ()個	新鮮胚移植胚数 ()個 妊娠の有無 Day()グレード() 有・無
治療施設 ()	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 両方 (split)	受精個数 ()個	凍結胚数 ()個 ①Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ②Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無 ③Day()グレード() →融解胚移植 ()年()月 有・無

ご記入ありがとうございました。

