



◎過去の治療歴についてお尋ねします

・今までに不妊治療を受けたことがありますか 無 ・ 有

差し支えなければ病院名をご記入下さい ( )

〈有とお答えになった方はわかる範囲でご記入下さい〉

・卵管造影・通水検査を受けたことがありますか 無 ・ 有 ( 年 月頃)

※子宮:異常 無 ・ 有

※卵管:(右) 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ※卵管:(左) 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着

・精液検査を受けたことがありますか? いいえ ・ はい ( 年 月頃)

※結果 良好・やや不良・不良 その他( )

・以下の治療をお受けになった事がありますか。あればそれぞれについてご記入下さい。

人工授精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

体外受精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

顕微授精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

・当院での治療は何を希望されていますか

( タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 検査をしながら考えたい )

・状況に応じてステップアップは考えていますか ( はい ・ いいえ ・ 今はわからない )

・治療に関するご希望があれば記入してください 例)保険診療内での治療希望など

◎ご本人の既往歴についてお尋ねします。

・今まで経験された病気や現在お持ちの病気はありますか?

無 ・ 有 (子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・卵巣のう腫・糖尿病・高血圧・甲状腺腫・

クラミジア感染・心臓病・肝臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・喘息-最終発作[ 頃]

(その他 ) )

・ご家族に以下の病気を経験された方はいらっしゃいますか?

無 ・ 有 (糖尿病・高血圧・がん・脳卒中・甲状腺・喘息・子宮筋腫・子宮内膜症)

・アレルギーはありますか? 無 ・ 有 ( )

・副作用のでる内服薬や注射はありますか? 無 ・ 有 ( )

・手術の経験はありますか? 無 ・ 有 (病名 / 歳の時)

・現在内服のお薬はありますか? 無 ・ 有 ( )

・子宮頸がん検診を受けたことがありますか? 無 ・ 有 ( 年 月 )

・過去に風疹にかかったり検査をしたことがありますか? 無 ・ 有

検査結果をお持ちですか? 無 ・ 有

◎夜間、休日の緊急時対応として、同一法人である「なりもとレディースホスピタル」とのカルテの情報共有について

ご了承いただけますか( 承諾 ・ 不要 )

◎当院をなにでお知りになりましたか(複数回答可)

なりもとレディースホスピタルにかかっていた インターネット 知人の紹介( )

他院より紹介( ) その他( ) 家が近いため ばどを見て