

◎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

[]

◎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 ・ 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 異常なし ・ 異常あり)
- ・過去に風疹抗体の検査をしたことがありますか? 無 検査結果をお持ちですか? 無 ・ 有
- ・過去に風疹ワクチン予防接種を受けたことがありますか? 無 ・ 有
- ・過去にB型肝炎・C型肝炎の検査を受けたことがありますか? 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 ぱどを見て