

妊娠ご希望の方へ

- 今までに結婚されたことはありますか (1回 ・ 2回以上 ・ 無し)
- 現在は (独身 ・ 入籍予定 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 再婚 ・ 死別)
- 入籍されたのはいつですか (年 月 ※予定の方は大体の予定時期をご記入ください)
- 避妊を辞めたのはいつ頃ですか (年 月頃)
- タイミングを意識し始めたのはいつ頃ですか (年 月頃)
- パートナーの方の詳細をご記入ください。
 現在はパートナーと (同居 ・ 同居予定 ・ 別居 ・ 単身赴任→赴任先 ())
 パートナーの年齢 (歳)
 パートナーの職業 () 出張は (有り ・ 無し)
- パートナーの過去の病歴や手術歴、現在治療中の病気や内服中のお薬などございましたら詳細をご記入ください

[]

- 風疹抗体検査は受けたことがありますか? (はい → (年 月頃 結果) ・ いいえ)
- 風疹ワクチンの接種は受けましたか (受けた ・ 受けていない)
 → (ワクチンの接種はいつごろですか → 子供のころ ・ 最近)
- 今まで婦人科で妊娠や不妊に関する検査や治療を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)
 → はいと答えられた方へ 行った時期と検査にチェックをつけてください
 (年 月頃 ~ 年 月頃)
超音波検査や感染症採血などのブライダルチェック 通水検査
超音波検査での卵胞チェックや排卵チェック 抗精子抗体検査
女性ホルモン検査 (生理中 ・ 黄体期) ヒューナー検査
卵管造影検査 甲状腺機能検査
子宮鏡検査 精液検査
 →上記以外の検査や行った検査の結果で何か問題となることがありましたら詳細をご記入ください

[]

- 婦人科で不妊の治療を行ったことはありますか (はい ・ いいえ)
 → はいとお答えの方へ 行った治療について当てはまる項目にチェックをつけてください
タイミング療法 (回) 人工授精 (回)
排卵誘発剤を使用してのタイミング療法 (回) 体外受精 (回)
顕微授精
 →上記以外の行った治療がありましたらご記入ください

[]

- 今までに通院していた主な病院名 (差支えなければ) と通院期間をご記入ください
 ① _____ (年 月 ~ 年 月)
 ② _____ (年 月 ~ 年 月)
 ③ _____ (年 月 ~ 年 月)
- 通院しやすい曜日と時間帯をご記入ください。

[]

- そのほかに気になることや、ご質問、ご希望などございましたら記入してください

[]

- よろしければ当院を選ばれた理由を教えてください。
通しやすい立地 通しやすい診察時間
女性医師・スタッフ ホームページ、Googleなどの口コミ
ホームページの雰囲気 知人・友人のご紹介・おすすりされた
検査・治療内容 その他→ ()

ありがとうございました。 受付にご提出ください。