

《検査・治療等について、ご自身でわかる範囲でご記入下さい。》

1) 不妊症の検査・治療を受けた事がありますか？ はい・いいえ

		検査時期	内容・結果等	施設名
・血液検査	未・あり	(年 月) () ()	() ()	()
・フーナーテスト	未・あり	(年 月) () ()	() ()	()
・子宮卵管造影	未・あり	(年 月) () ()	() ()	()
・その他の検査		(年 月) () ()	() ()	()

		期間又は回数	内容・結果等	施設名
・タイミング法	未・あり	() ()	() ()	()
・内服・注射薬	未・あり	() ()	() ()	()
・人工授精	未・あり	() ()	() ()	()
・その他の治療		() ()	() ()	()

3) 体外受精・顕微授精(年から 回)

年 月	薬・注射薬の内容	採卵数	受精数	胚移植数	結果	施設名

4) ご主人様→不妊症の検査・治療を受けた事がありますか？ はい・いいえ

・当クリニックへの来院歴	なし・あり	(年 月頃)		
		検査時期	内容・結果等	施設名
・精液検査	未・あり	(年 月) () ()	() ()	()
・血液検査	未・あり	(年 月) () ()	() ()	()
		期間又は回数	内容・結果等	施設名
・内服・注射薬	未・あり	() ()	() ()	()
・詳しい検査・治療		□精索静脈瘤 ・ □精巣生検 ・ □精巣精子採取術		
・その他検査・治療		()		()

5) 子宮頸ガン検診を希望しますか？ 希望する・希望しない・診察時に決めます
*1年以内に検診をした方はご記入下さい→(年 月 異常 なし・あり)

6) 当クリニックへ来院されたきっかけは何ですか？

インターネット・知人・他院・その他()

→メール相談歴 あり(年 月頃相談)・なし

→電話相談歴 あり(年 月頃相談)・なし