

赤ちゃんがほしい方への質問

ID _____

今後の検査、治療に必要な質問です。できるだけ正確に記入してお渡してください。

個人情報厳重に管理し、この用紙は使用後に裁断いたします。

ご自身の年齢	才	
ご主人の年齢	才	
結婚した時期	年 月 日	
妊娠を意識した時期	年 月頃	
ご自身の今までの病気など	あり・なし	
ご自身の服用薬	あり・なし	
妊娠に関してご自身でしていること	あり・なし	
1 基礎体温	年 月頃	
2 タイミング	年 月頃	
3 排卵チェック	年 月頃	
4 その他	年 月頃	
ご主人の今までの病気など	あり・なし	

1 妊娠に関して別の病院で検査・治療を受けていますか？

検査	検査日	回数	治療	治療開始日	回数
癌検診			タイミング療法		
おりものチェック			排卵誘発（内服薬）		
超音波検査			排卵誘発（注射）		
排卵検査			黄体ホルモン補充		
ホルモン検査			漢方薬		
ホルモン負荷テスト			人工授精		
フナー検査			体外受精		
精子検査			顕微受精		
卵管造影			その他		
子宮鏡					
その他					

2 今まで、流産も含めたご妊娠の経験はありますか？
 ある場合、分娩 回（帝王切開 回）・流産 回（週頃）・中絶 回・その他（ ）

3 検査、治療をするにあたり相談に乗ってくれる人、協力してくれる人はいますか？
 （ご主人・ご両親・姉・妹・友人・その他）

4 今後の治療検査に関して、何かご希望があれば教えてください