

赤ちゃんがほしい方への問診

記入日 年 月 日

診察券番号 氏名

今後の検査や治療に必要な問診です。できるだけ正確にご記入をお願いします。

個人情報厳重に管理し、この用紙は使用後に裁断致します。

ご自身の年齢	歳	
ご主人の年齢	歳	
結婚した時期	年 月 日	
妊娠を意識した時期	年 月 日	
ご自身の今までの病気など	なし	あり→
ご自身の服用薬	なし	あり→
妊娠に関してご自身でされていること	なし	あり→
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	なし	あり→

1. 妊娠に関して別の病院で検査・治療を受けていますか？ はい いいえ

検査の名前	検査した日	回数	治療の名前	治療開始した日	回数
がん検診	年 月頃	回	タイミング療法	年 月頃	回
おりもの検査	年 月頃	回	排卵誘発(内服薬)	年 月頃	回
超音波検査	年 月頃	回	排卵誘発(注射)	年 月頃	回
排卵検査	年 月頃	回	黄体ホルモン補充	年 月頃	回
ホルモン検査	年 月頃	回	漢方薬	年 月頃	回
ホルモン負荷テスト	年 月頃	回	人工授精	年 月頃	回
フーナー検査	年 月頃	回	体外受精	年 月頃	回
精液検査	年 月頃	回	顕微授精	年 月頃	回
卵管造影検査	年 月頃	回	その他	年 月頃	回
子宮鏡検査	年 月頃	回			
その他	年 月頃	回			

2. 過去に流産も含めてご妊娠の経験はありますか？ はい いいえ

・分娩 回(帝王切開 回)・流産 回(週頃)・中絶 回・その他()

3. 検査、治療にあたり相談に乗ってくれる方、協力してくれる方はいますか？ はい いいえ

・ご主人・ご両親・兄弟姉妹・友人・その他()

4. 今後の検査、治療に関して、何かご希望があればご記入下さい。