

## 問 診 表

※裏面もご記入ください

新橋夢クリニック

樣式-問診表②SYC20220703

選択してください：（一般不妊治療希望・体外受精希望・不明）（保険診療希望・自費診療希望・不明）

これまでの妊娠・分娩・流産歴について

日付 (西暦)	施設名	治療方法	結果	妊娠週数
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膣分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膣分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膣分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膣分娩・帝王切開	
年 月 日		タイミング・人工授精・初期胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膣分娩・帝王切開	

※初期胚移植：4分割胚～8分割胚を移植すること

※化学流産：妊娠反応陽性であったが胎のうを認めなかつた流産

## 他院での不妊検査の結果について

AMH値	左卵管	右卵管	精子検査	ヒューナーテスト	子宮けい癌検査
ng/ml	正常・他	正常・他	正常・他	正常・他	西暦 年 月 (結果: 正常・他)

不妊治療歴について：タイミング療法（通算回）、人工授精（通算回）、採卵（通算回）、胚移植（通算回）

※採卵および胚移植については、個別に詳記してください。

他院に保存されている凍結胚・精子はある（はい・いいえ）：凍結胚（　　）個、凍結精子（　　）個

以上、私達の過去の胚移植回数や内容について、相違ないことを証明します。

上記が虚偽の報告であり、当院の保険診療報酬に対して損害が生じた場合、その損害額について全額弁済することを誓約します。

西曆

年 月 日

※ご署名のみ来院時に記入ください

カルテNo.

(記入しないでください)

夫名前

(本人署名)

年 月 日 初診（記入しないでください）

前名妻

(本人署名)

あなたの身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 血液型 ( ) 型 RH ( + - )

血栓症と言われたことはありますか？（はい・いいえ）、帶下の異常はありますか？（あり・なし）

喫煙されていますか？（はい・いいえ）（1日　本）

ご主人について何か特別な病気がありますか？（はい・いいえ）（遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他）

アレルギー： □局所麻酔 □抗生剤 ( ) □アルコール □ラテックス（ゴム製品）

食物 ( )       消毒薬       その他 ( )

月経周期（最近の開始日から過去6回分の月経開始日を順番に書いてください）

月 日、月 日、月 日、月 日、月 日、月 日

結婚：西曆 年 月、 避妊解除：西曆 年 月、 断乳：西曆 年 月

現在、妊娠可能な状態である（ はい ・ いいえ ）

※内服中の薬剤（該当するものにチェックしてください：複数可）

カバサール    葉酸    マカ    漢方    チラージン    アスピリン

□その他（ ）

既往歴： □ 気管支ぜんそく □ 甲状腺疾患 □ 心臓疾患 □ 胃腸疾患 □ 糖尿病 □ 肝臓疾患 □ うつ病 □ パニック症候群 □ 緑内障 □ 高血圧