

不妊治療初診時間診票

H

ID () 氏名 () 年齢 (歳) 携帯NO _____

I. 不妊期間(避妊せず、赤ちゃんをつくろうと思ってからの期間)はどの位ですか？

不妊期間 (年 月) 平成 年 月 結婚・未婚

II. 他院での治療経験

- なし
- あり 治療開始時期 (年 月)
 - 一般不妊検査
なにか問題はありましたか？
()
 - タイミング法 (回)
 - 人工受精 (回)
 - 体外受精・顕微受精 (回)
 - その他 ()

III. 飲酒・喫煙について

- ① 飲酒 なし あり
 - 毎日
 - たまに
 - ほぼ飲まない
- ② 喫煙 なし あり
 - 現在吸っている
 - 現在は吸っていない

IV. 今後の希望をお聞かせください

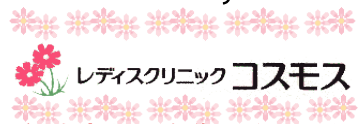
- まだ分からない 相談のみ 検査のみ
- できるだけ自然 タイミング法 人工受精
- 体外受精、顕微授精を考えている
- その他 ()

V. 今後の受診希望曜日や時間帯などはありますか？

- いつでも問題ない
- 希望曜日等 ()
- 職業 専業主婦 パート その他 ()

VI. 夫の協力

- 協力的 非協力的



不妊症検査は内容によって 保険適応外(自費)になる場合があります