

不妊治療初診時間診票

年 月 日

ID () 氏名 () 年齢 (歳)

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 ヶ月) 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
なにか問題がありましたか？

()

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 1日 本
 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

できるだけ自然で 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がありますか？

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



レディスクリニック コスモス

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