[不妊治療問診票]

氏名

住所

TEL

生年月日　　ＳＨ　　年　　月　　日　（　　歳）

☆次のうち、該当するものに〇印を付けてください。

◆既往歴　　子宮筋腫　　子宮内膜症　　甲状腺機能（亢進・低下）
卵管障害　　卵巣機能不全　　排卵障害
その他（　　）

◆月経周期　　（約　　日）

◆妊娠の経験　　あり　　なし

◆流産の経験　　あり　　なし

◆現在、受診している病院はありますか？　　あり　　なし

病院名（　　）

◆受けたことのある治療、又は、現在受けている治療を教えてください。

人工受精　　あり　　なし

体外受精　　あり　　なし

タイミング法　　あり　　なし

その他（　　）

◆月経痛はありますか？　　あり　　なし

◆冷えは感じますか？　　はい　　いいえ

「はい」と答えた方はどこに感じますか？

手足　　腰　　腹　　その他（　　）

◆便通　　1日（　　回）　　硬、　軟、　下痢

◆アレルギーはありますか？　　あり（　　）　なし