

# 不妊外来問診票

当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

(妻)	フリガナ	生年月日 (必須)
	氏名	昭 / 平 年 月 日 ( 才 )
		職業
	携帯番号	緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称 )

(夫)	フリガナ	生年月日 (必須)
	氏名	昭 / 平 年 月 日 ( 才 )
		職業
	携帯番号	緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称 )

※緊急連絡先は緊急な要件の場合に連絡できる場所をお願いします。

(職場に連絡してもよい場合にはその番号でも構いません。)

ただし、連絡を受ける際、病院名を告げてもよろしいでしょうか。( 良い / 悪い )

※当院の不妊症教室に参加されたことはありますか。( はい 年 月 / いいえ )

## I. 結婚 ・ 不妊歴について

結婚歴	結婚	年 月 / 婚約中 / 事実婚
	夫	初婚 / 再婚 ( 子ども 有 / 無 )
	妻	初婚 / 再婚 ( 子ども 有 / 無 )
子どもが欲しいと思った期間	年 月	●その間夫婦生活は、定期的にありましたか。 定期的 ・ たまに ・ ほとんどなし
避妊期間	ない / ある ( 年 月 ~ 年 月 (理由) )	

## II. 今まで行った不妊治療について ない / ある (あるの方は下記の表にご記入ください)

治療法	選択してください	病院名
タイミング法	なし / あり → 年 月 ~ 年 月	
排卵誘発法	なし / あり → 年 月 ~ 年 月	
人工授精	なし / あり → 年 月 ~ 年 月 ( ) 回	
体外受精	なし / あり → 年 月 ~ 年 月 ( ) 回	
手術療法 (腹腔鏡含む)	なし / あり → 年 月 (手術名: )	
その他		

