

不妊症専用カルテ



フリガナ お名前	生年月日 西暦 年 月 日	年齢	身長 体重	結婚年数
住所 〒		TEL		
ご職業		何人目のお子様の不妊治療ですか？ <input type="checkbox"/> 1人目 <input type="checkbox"/> 2人目 <input type="checkbox"/> 3人目		
当院をどのようにお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> しんきゅうコンパス <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> お住まいが近所		検索エンジンはどこを使用しましたか？ <input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> Microsoft bing <input type="checkbox"/> その他 また、検索キーワードは何でしたか？ ()		
婦人疾患について、該当する場合お答えください。 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (いつ頃) <input type="checkbox"/> PCOS (多嚢胞性卵巣症候群) (いつ頃) <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 (チョコレート膿腫) (いつ頃) <input type="checkbox"/> その他 ()				
病院での不妊治療方法	期間	詳細		
<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 (AIH) 病院名：	~	回数：		
<input type="checkbox"/> 体外受精 (IVF) <input type="checkbox"/> 顕微授精 (ICSI) 病院名：	~	採卵	移植済	判定時β-HCG 値・週数
		回	初期胚 胚盤胞	
		残り凍結胚		移植予定時期
		初期胚	個	
		胚盤胞	個	
病院などの検査で異常があった項目	ご主人についてわかる方 精子の数： 精子の運動率： 奇形率：			
出産経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃)	流産経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃)			
生理痛 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 生理前症候群 PMS <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (具体的に) () 生理周期 日 生理日数 日				
鍼灸の経験： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃 通った回数) 漢方について： ① 今現在漢方薬を飲んでいる方は漢方薬名・期間をお書き下さい () ② これから漢方併用のご希望、または漢方についてのアドバイスのご希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 迷う				

