

平成 年 月 日

産み分け同意書受取り済	印
預かり日 / /	

問診票

妻 氏名() 年齢 歳
夫 氏名() 年齢 歳

1.結婚歴 結婚年齢(歳)
2.不妊の期間 (年 か月)

- 3.自覚症状
- ・しぼるとお乳がでることがある
 - ・性交痛
 - ・体重の急激な増減
 - ・特になし
 - ・その他(

4.今までの不妊治療について

(1)今までに受けた検査

- ・基礎体温
- ・精液検査
- ・子宮卵管造影
- ・腹腔鏡検査
- ・フーナーテスト(性交後試験)
- ・卵管通気,通水
- ・頸管粘液検査
- ・子宮内膜検査
- ・ホルモン検査
- ・その他

(2)今までに受けた治療

- ・ホルモン治療(クロミフェン HMG 等々)
- ・ホルモン治療
- ・通気 通水
- ・人工授精(回)
- ・体外受精(回)
- ・GIFT (回)
- ・顕微授精(回)
- ・その他(

※疑問な点はお尋ね下さい

緊急時連絡についての同意書

個人情報保護法の施行により、医療機関からの電話連絡ができないことになっております。
大変恐れ入りますが、当クリニックよりの緊急時などの連絡には下記の番号にご連絡させていただきます。

優先順位

- () 自宅(— —)
() 携帯(— —)
() 職場(— —)

上記に同意致します レディースクリニック院長殿 署名 署名 印