

※お願い※

必ず連絡がつく場所をご記入下さい。(急な日時変更が必要な場合があります)

連絡先の名前 _____ TEL _____ (携帯もしくはご自宅でも結構です)

時間帯 _____ (個人名で ・ 病院名で)

※ ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。 (はい ・ いいえ)

(留守録 OK ・ NO)

以下、奥様にご記入願います。

- | | | | |
|---------------------------------|---------|----|---------|
| ・ 以前に通院されていた病院が | ある (病院名 | 年 | 月～通院) |
| | ない | | |
| ・ 妊娠したことが | | ある | ・ ない |
| ・ 流産したことが | | ある | ・ ない |
| ・ 基礎体温をつけていますか | | はい | ・ いいえ |
| ・ 二相性ですか | | はい | ・ いいえ |
| ・ 高温期は約 14 日間ありますか | | ある | ・ ない |
| ・ 卵管の通過性の検査をしたことが | | ある | ・ ない |
| ・ 狭窄 (狭いところ) があるといわれましたか | | はい | ・ いいえ |
| ・ 閉塞 (つまっているところ) があるといわれましたか | | はい | ・ いいえ |
| ・ フーナーテスト (性行為後子宮粘膜の精子の有無の検査) を | | した | ・ していない |
| その時精子が子宮にとどいていないといわれましたか | | はい | ・ いいえ |
| ・ 人工授精を受けたことが | | ある | ・ ない |
| ・ どこで何回受けましたか (| | で | 回) |

今までかかった病気をご記入下さい

()