

問診票

ふりがな		生年 月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
氏名						
住所	〒 _____ - _____					
連絡先	電話番号: _____ - _____	携帯番号:				

以下の質問に、ご回答をお願いします。

当院でAMHを検査されたことがありますか 前回あり・なし

- ① 身長及び体重 ● 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- ② たばこを吸う方は1日の本数と喫煙年数をお答えください ● 1日 _____ 本 × _____ 年間
- ③ 初経の年齢をお答えください ● _____ 歳
- ④ 月経周期についてお答えください ● 順調 _____ 日型
● 不順 _____ 日 ~ _____ 日
● 最後にきた生理開始日から _____ 日目
- ⑤ 現在、結婚されていますか ● 未婚・既婚
(結婚期間 _____ 年 _____ ヶ月)
- ⑥ 今までの妊娠・分娩についてお答えください

- 妊娠 回 _____ 年 _____ 月 (_____) 歳
_____ 年 _____ 月 (_____) 歳
- 出産 回 _____ 年 _____ 月
_____ 年 _____ 月

⑦ 過去に病気を指摘されたこと、手術を受けたことがありましたらお答えください
(とくに子宮・卵巣・卵管・甲状腺・糖尿病などの病気について)

病名	手術名	時期(年 月)

⑧ 過去に不妊に関する治療を受けたことがある、もしくは現在不妊治療中でしたら、実施した治療時期と治療内容についてお答えください

- 不妊期間 _____ ヶ月間 (_____ 年 _____ 月 ~)
● 治療時期 _____ 年 _____ 月 ~ (_____ 年 _____ 月 まで)
● 治療内容(下の項目より番号をお選びください)
(. . .)

1. タイミング法 2. 排卵誘発法 3. 人工授精 4. 体外受精(顕微授精)

● 上記以外の不妊治療をしたことがある方は、内容をお答えください

⑨ 過去にAMHを測定したことがありましたら、測定時期と結果をお答えください

- 測定時期: 年 月 ● 測定値: 単位(どちらかに〇して下さい)
pM . ng/ml

⑩ 当院でのAMH測定を知ったきっかけは何ですか？

当院ホームページ ・ AMHセミナー ・ TV ・ 雑誌(_____)

他院の紹介(_____) ・ 知人の紹介 ・ その他(_____)