

初診日：平成 年 月 日

お名前

生年月日

年齢

ご住所

お電話番号

- 基礎体温表をつけていますか？ はい いいえ
- 現在どのような妊娠活動をしていますか？ タイミング法 人工授精 体外受精
- ご結婚されて何年目でしょうか？（ ）年
- 妊娠を望まれて何年めになりますか？（ ）年
- 生殖医療以外に婦人科で治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

妊娠活動のための整体鍼灸を受けたことがありますか？

現在不妊治療のためのクリニックに通っていますか？（通院されている場合はクリニック名をご記入ください）

過去に妊娠反応が出たことがありますか？

クリニックへ通院されている方へ

ホルモン検査で何か指摘を受けましたか？

排卵誘発剤を使用したことはありますか？（お薬の名前も分かるようでしたら）

体外受精にのぞんでいるかたへ

凍結卵はありますか？（グレードや凍結日数が分かるようでしたらご記入ください）

移植の経験がありますか？（移植した時期、受精卵のグレードや着床反応の有無などをご記入ください）

