

- ◆ 婦人科の病気になった事がありますか (ない・ある)
※「ある」とお答えの方 (年齢: 歳)(症状:) (病名:)
- ◆ PMS(生理前症状)はありますか (いいえ・はい { 頭痛・眠気・乳房のハリ・手足の浮腫・イライラ })
- ◆ 生理が始まったのは (歳) 周期 (日型) (日間ある)
- ◆ 生理時の形状 (大きい塊・小さい塊・粘った膜・濃血・サラサラ・水の様)
- ◆ 血液の量 (多い・普通・少ない) ◆ 量が多い時期 (初日・2日目・3日目・4日目・5日目以降)
- ◆ 生理痛はありますか (いいえ・はい {初日・2日目・3日目・4日目・5日目以降})
- ◆ 痛みの種類・状態 (刺す様な痛み・鈍痛・その他{ })
- ◆ その他生理に伴う症状がありましたらご記入下さい。

- ◆ 出産の経験はありますか (いいえ・はい { 歳} {正常・逆子・帝王切開})
- ◆ 流産の経験はありますか (いいえ・はい)

☆不妊治療を受けた事がある方はご記入下さい☆

- ◆ 結婚年数 年 ◆ 妊活年数 年
 - ◆ 現在クリニック、病院に通院していますか (いいえ・はい {病院名: })
 - ◆ 不妊治療の基礎的な検査を受けましたか (いいえ・はい)
※「はい」とお答えの方: (ホルモン検査・卵管造影・フーナーテスト・内視鏡検査)
その他、病院で指摘された問題点(女性側、男性側問題等...)ありましたらご記入下さい。
()
 - ◆ タイミング法 (期間 ・回数 回・薬の使用)
 - ◆ 人工授精 (期間 ・回数 回・病院名:)
(薬の使用、内容)
 - ◆ 体外受精 (病院名:)
- ※下記に期間、回数、誘発方法、凍結の状態、薬の使用有無、内容、結果などをご記入下さい。