

※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、奥様についてご記入願います。(奥様が英ウィメンズクリニックを受診されている場合は不要です)

- ・ 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

()