

初診日 年 月 日

氏名	生年		S H	年 月 日生		年齢	歳	血液型	型	現在の病院			
	月 日									紹介			
住所	- () -					職業							
						主訴	1	2					
現病歴	結婚歴	年 月	妊娠歴	有・無	不妊歴	年 月	結婚前婦人科疾患：有・無						
<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>													
基礎体温 (二相性)		高温期 日		月経周期	初潮 歳 /	父		母					
フナーテスト				月経期間	/	家		兄弟					
子宮卵管造影		子宮腔： 卵管：右 左		月経量	/	族		夫 歳 年 月 日生					
血液・ホルモン検査				経色・経質	/	歴		同居：夫・妻 予：夫・妻・なし					
内膜の形状				月経痛	/	既往歴							
卵の状態		凍結： 質：		月経前症状	/	運動歴							
排卵		有・無		筋腫・内膜症	有・無	食事							
黄体機能不全		有・無		画像所見		睡眠							
治療法	タイミング	AIH	IVF	ICSI	精液検査	数： 奇：							
	回	回	回	回	その他の検査	運：							
備考					健康チェック表								
					初	次	1	二便					
					2	3	4	身長	cm	体重： kg			
					5					変動：			
BMI：			判定：		血压		/ ()						

