



- 12 その他に大きな病気や手術を受けたことがありますか はい いいえ
- ①主な病気は () () 歳の時
() () 歳の時
- ②手術は () () 歳の時
- 13 アレルギーはありますか はい(何に対して:) いいえ
- 14 この一年間で健康診断を受診されましたか?
いいえ はい※2(指摘されたこと)
- ※2マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、特定健診及び高齢者検診については省略可
- 15 ご家族の中に病気の人はいいますか はい(遺伝病、高血圧、糖尿病、ガン、その他:) いいえ
- 16 ①飲酒の習慣がありますか はい(毎日・週 日位 飲酒量:) いいえ
- ②喫煙の習慣がありますか はい(喫煙歴 年 1日 本 禁煙の意思 有・無) いいえ
- 17 妊娠を希望してから今までの期間は、()年()ヵ月位
(積極的に希望していなくても避妊していなかった期間も含みます)
- 18 過去にパートナーが妊娠したことはありますか はい いいえ
- 19 今までに不妊治療を受けたことがありますか はい いいえ
- どんな検査・治療を受けましたか
- 検査: ヒューナーテスト ・精液検査 ・ホルモン検査 ・性感染症検査 ・その他()
- 治療: タイミング療法 ・人工授精 ・体外受精 ・顕微授精 ・その他()
- 検査・治療で何か指摘されたことがあればご記入下さい()

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。

～マイナ保険証について～

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。