

AMH検査問診票

記業-134:AMH検査問診票 初版2013年3月

カルテNO
8

日付	医事課	確認者

日本産婦人科医会の指示により、正確なご住所とお名前を定期券、運転免許証、保険証、会社や学校の身分証明書などにより確認させていただきますので、あらかじめご了承下さい。

【AMHの目的】

AMHの測定は、卵巣に保存されている原始卵胞の数を予測する検査です。
卵子の質、遺伝子状態、妊娠の可能性をチェックする検査ではありません。

以上を了解の上、本検査を申し込みます。 _____ (署名)

ふりがな			昭和 平成	年	月	日生(才)
氏名	姓	名				
住所〒						
都府 道県						
自宅	当院からの連絡 可・不可		身長	cm		
携帯	可・不可		体重	kg		

以下のご質問にお答えください

- ①初潮は何歳ですか？ 歳頃
- ②普段の生理周期は順調ですか？ はい いいえ ()
- ③現在、結婚をされていますか
未婚 ・ 既婚 (結婚期間 年 月)
- ④喫煙について
吸わない 吸う (1日 本) かつて喫煙していた
- ⑤今までに手術を受けたことはありますか？
(病名: 手術施設: 手術日: 年 月 日)
(病名: 手術施設: 手術日: 年 月 日)
- ⑥過去に不妊治療を受けたことがある、もしくは現在不妊治療中でしたら、実施した治療時期と治療内容についてお答えください
不妊期間 月 (年 月)
治療時期 年 月~(年 月まで)
治療内容(下記項目口内へチェックをお願いいたします)

タイミング法 排卵誘発法 人工授精 体外受精(顕微授精)

○上記以外の不妊治療をした事がある方は、内容を教えてください

⑦今までの妊娠について教えてください

- 妊娠 回(年 月)/(年 月)
○流産 回(年 月)/(年 月)

日付	自費	会計者
	¥	

SRL結果 発送日
SRL結果 発送者
梱包物 チェック
