초 진 문 진 표

등록번호 : 본인 병원에서 입력하는 란입니다 **/ 배우자** 병원에서 입력하는 란입니다 타원결과지 ( ) 타원CD, USB ( ) Dr._____

성명(아내)	이름을 기록해 주세요	주민등록번호	-	직업		혈액형	
성명(남편)	이름을 기록해 주세요	주민등록번호	-	직업		혈액형	
자택주소							
E - mail							
연락처	아내		남편		자택 :		
혼인신고	유 / 무	결혼일	년 월 (본인 : 초혼 / 재혼 , 남편 : 초혼 / 재혼)				
신장	cm	체중	kg	혈압	mmHg		

1. 원하시는 진료

☐ 자연임신 ☐ 난임검사 ☐ 인공수정 ☐ 시험관시술 ☐ 상담 후 결정

2. 생리 양상 및 산과력

초경 나이 : 만) ____ 세

총 임신 횟수 _____회 (☐ 만삭분만 / ☐ 조산) (☐ 자연분만 / ☐ 제왕절개) (성별 : 남아 _____kg 여아 _____kg)

자연유산 _____ / 인공유산 _____ / 자궁외임신 _____

① 가장 최근에 한 생리 시작일 : _____년 _____ 월 _____ 일 / 생리기간 : _____ 일간

② 생리주기 : ☐ 규칙적 ____~____ 일 ☐ 불규칙적 ____~____ 일 (예 : 21일 미만, 35일 이상, 30~60일)

③ 생 리 통 : ☐ 아주 심함 ☐ 심함 ☐ 약간 ☐ 없음

④ 생 리 량 : ☐ 많음 ☐ 보통 ☐ 적음 ☐ 아주 적음

⑤ 피임기간 : _____년 _____월 부터 _____년 _____월까지

⑥ 피임방법 : ☐ 월경주기법 ☐ 질외사정법 ☐ 콘돔 ☐ 피임약 ☐ 루프 ☐ 복강경수술 ☐ 정관수술

3. 산 전 검 사 : ☐ 시행 (_____년 _____월) ☐ 미시행 ☐ 특이사항 :

① 풍 진 항 체 : ☐ 있음 ☐ 없음 ☐ 모름 — 풍 진 예방접종 : _____년 _____월

② 수 두 항 체 : ☐ 있음 ☐ 없음 ☐ 모름 — 수 두 예방접종 : _____년 _____월

③ A형간염항체 : ☐ 있음 ☐ 없음 ☐ 모름 — A형간염예방접종 : _____년 _____월

④ B형간염항체 : ☐ 있음 ☐ 없음 ☐ 모름 — B형간염예방접종 : _____년 _____월

⑤ 마지막 자궁경부암검사 : _____년 _____월 결과 : _____ (자궁경부암 백신 접종 : ☐ 시행 ☐ 미시행)

4. 수술 및 입원경력 ☐ 없음

① 수술일자 : _____년 _____월, 수술병원 : _____ 진단명•수술방법 : _____

② 수술일자 : _____년 _____월, 수술병원 : _____ 진단명•수술방법 : _____

5. 알레르기 : ☐ 조영제 ☐ 약물 [ ] ☐ 음식 [☐ 콩 ☐ 두유 ☐ 계란 ☐ 기타] ☐ 없음

6. 현재 복용 중인 약물/ 영양제/ 한약 : _____

7. 가족력 : 고혈압 (_____) 당뇨 (_____) 심장 질환 (_____) 갑상선 질환 (_____) 암 (_____) 기타 (_____)

뒷면에 계속 작성해주시기 바랍니다.

8. 과거력 : ☐ 없음 [과거에 앓은 적이 있거나 현재 앓고 있는 질병을 ☑ 체크해 주세요]

심장 및 심혈관계질환	☐ 고혈압 ☐ 부정맥 ☐ 협심증 ☐ 심근경색 ☐ 선천성 심장질환 (예:판막질환) [ ] ☐ 기타 [ ]		
호흡기질환	☐ 결핵 ☐ 천식 ☐ 기관지염 ☐ 폐렴 ☐ 기타 [ ]		
신장질환	☐ 방광염 ☐ 신우신염 ☐ 신부전증 ☐ 요로결석 ☐ 기타 [ ]		
위장관 및 간질환	☐ 위궤양 ☐ 장염 ☐ 담석증 ☐ 췌장질환 ☐ 간질환(예:B형간염) [ ] ☐ 기타 [ ]		
내분비질환	☐ 당뇨 ☐ 갑상선질환 ☐ 부갑상선질환 ☐ 기타 [ ]		
자가면역질환	☐ 루푸스 ☐ 류마티스 ☐ 기타 [ ]		
혈액질환	☐ 빈혈 ☐ 혈소판감소증 ☐ 혈우병 ☐ 기타 [ ]		
신경계 및 정신질환	☐ 뇌혈관질환 ☐ 우울증 ☐ 거식증 ☐ 정신분열증 ☐ 경련성질환(예:간질) [ ] ☐ 기타 [ ]		
피부질환 및 상병	☐ 매독 ☐ 임질 ☐ 에이즈 ☐ 아토피성피부 ☐ 기타 [ ]		
기호습관	☐음주 ☐흡연	유즙(젖) 분비 증상	☐ 있음 ☐ 없음

9. 과거 난임 검사 및 치료 : ☐ 없음

검사명	검사시기	결과 [알고계신 정도]
☐ 정액검사	년 월	
☐ 난소기능/호르몬검사	년 월	
☐ 나팔관검사	년 월	
☐ 자궁·난소 초음파	년 월	
☐ 복강경수술	년 월	
☐ 자궁내시경수술	년 월	

10. 과거 임신 시도 방법 : ☐ 없음 [**병원**에서 시행하신 임신시도 방법을 기재해주세요]

임신 시도 방법		총 횟수	마지막 시행시기	병 원
☐ 부부관계	자연주기	회	년 월	
	배란유도제(클로미펜 / 페마라)	회	년 월	
☐ 인공수정	자연주기	회	년 월	
	배란유도제	회	년 월	
	과배란주사	회	년 월	
☐ 시험관시술	채취	회	년 월	
	신선이식	회	년 월	
	냉동이식	회	년 월	

특이사항 [알고 계신 정도] : 평균 채취 난자 수 _____ 배아 상태 _____ 합병증 _____ 기타 _____

11. 병원 방문경로 : ☐ 본원 환자 소개 ☐ 신문, TV, 잡지 ☐ 인터넷 ☐ 주위소개 ☐ 기타 _____

방문일 : **년** **월** **일** **성명 :** **(서명)**

IORA 아이오라여성의원
IORA FERTILITY CLINIC