서울케어 서울특별시 서울의료원

가임 신환 설문지

※해당 사항은 모두 기입해주세요

[본인]

이름:	생년월일: (만 세)	★ 내원 이유:		
직업:	키/체중: cm/ kg	HP:	혈액형:	종교:

[남편]

이름:	생년월일: (만 세)	키/체중: cm/ kg	HP:	직업:

1. 결혼날짜 년 월 일 / **혼인신고** □예 □아니오

2. 병원방문동기 □인터넷 □대중매체 □지인소개 □타병원소개(병원: 의사:)

3. 생리양상

❑초경 나이 (세)
❑마지막 생리 시작일 (년 월 일)
❑생리 주기 (최소 일 ~ 최대 일)
❑생리 (~ 일) 동안
❑평소 생리양 □적다 □보통 □많다
❑생리통 □없다 □보통 □심함 □매우심함

4. 산과력

❑총 임신횟수 (회) ❑분만횟수(회)
❑유산횟수 (인공유산 회 / 자연유산 회)

출생일: 년 월 일	성별:	주수: 주
출산방법:	체중: g	

출생일: 년 월 일	성별:	주수: 주
출산방법:	체중: g	

5. 피임

❑피임하지 않은 기간 (년 개월)
❑피임 방법 ( )
❑부부 관계 (주 회 또는 월 회)
❑성교통 □없다 □보통 □심함 □매우심함

6. 난임 검사 체크리스트

	검사시행일 (년, 월)	병 원	검사 결과
정액검사			
호르몬검사 (AMH 등)			
나팔관 조영술			

7. 임신 시도 방법

① 배란일 맞추기	회	시행일: 년 월 병원:	배란유도제 :
② 인공수정	회	시행일: 년 월 병원:	

③ 시험관 아기시술

	1차 신선/냉동	2차 신선/냉동	3차 신선/냉동
시기	년 월	년 월	년 월
채취	____개	____개	____개
이식	____개	____개	____개
동결	____개	____개	____개
임신여부	유 / 무	유 / 무	유 / 무

8. 과거력/수술력

※해당되면 ✔하고, 괄호 안에 자세히 기입해주세요.

알레르기	□약물 ( ) □조영제 ( ) □기타 ( )
유즙(젖)분비	□유 (약이름 /기간) □무
내분비 질환	□갑상선 (약이름 /기간) □당뇨 □기타
부인과 질환	□유 (질병명)
기타 질환	
수술력	수술명 ( ) 수술시기(년 월)

9. 가족력(암, 고혈압, 당뇨, 심장질환, 유전질환 등)

부	모	배우자	형제

10. 검사여부 및 투약력

자궁경부암 검사	최종 검사일: 년 월 결과:
기타 예방접종	□자궁경부암백신 □풍진 □수두백신 □독감 □B형간염 □A형간염 □폐구균 □백일해 □기타 ( )
복용약물/보조식품	

서울의료원 가임 클리닉