

HI 첫 진료 예진표

본인 정보				배우자 정보			
국적	<input type="checkbox"/> 한국 (기타:)	이름	만(세)				
신장	cm 체중 kg	연락처					
혈압	/ 혈액형 형	혈액형	형				
결혼	<input type="checkbox"/> 초혼 <input type="checkbox"/> 재혼	결혼	<input type="checkbox"/> 초혼 <input type="checkbox"/> 재혼				
혼인신고	<input type="checkbox"/> 했음 (년 월) <input type="checkbox"/> 안했음	흡연	<input type="checkbox"/> 흡연 <input type="checkbox"/> 비흡연				
01. 임신 시도 기간은 어떻게 되시나요? 년 개월							
02. 산과력이 있다면 알려주세요. <input type="checkbox"/> 임신(회) <input type="checkbox"/> 분만(회) <input type="checkbox"/> 자연유산(회) <input type="checkbox"/> 인공유산(회)							
03. 생리 관련 증상을 적어주세요.							
<ul style="list-style-type: none"> • 최근 생리 시작일: 년 월 일 • 생리통: <input type="checkbox"/> 아주 심함 <input type="checkbox"/> 심함 <input type="checkbox"/> 약간 <input type="checkbox"/> 없음 • 피임기간: 		<ul style="list-style-type: none"> • 생리주기: <input type="checkbox"/> 규칙 <input type="checkbox"/> 불규칙(간격: 일) • 생리양: <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 적음 • 피임방법: 					
04. 과거 난임클리닉 진료 내역을 적어주세요.							
검사명	시기	병원	결과				
정액검사							
호르몬 혈액검사							
나팔관 검사							
배란 초음파							
복강경 검사							
자궁경 검사							
05. 과거 임신 시도 방법을 적어주세요.							
방법	횟수	병원	결과				
자연임신시도	배란일만 체크						
	배란 유도제 복용						
인공수정	자연주기 / 배란유도제						
	과배란주사병행						
시험관시술	난자채취 + 이식						
	냉동배아 이식						
06. 기본 산전검진은 언제 받으셨나요? 년 월							
<ul style="list-style-type: none"> • 풍진항체(O / X) • 수두항체(O / X) • A형간염항체(O / X) • B형간염항체(O / X) • 자궁암백신접종(O / X) 							
07. 최근 자궁경부암검사를 받으셨나요? 년 월 결과: <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상							
08. 과거 병을 앓으신 경험이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 있다(병명:) <input type="checkbox"/> 없다							
09. 과거 수술 또는 시술을 받으신 경험이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 있다(수술명:) <input type="checkbox"/> 없다							
10. 약의 부작용 혹은 식품이나 약, 조영제에 대한 알러지가 있으신가요? <input type="checkbox"/> 있다() <input type="checkbox"/> 없다							
11. 현재 복용하시는 약(한약, 엽산 포함)이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 있다(약명:) <input type="checkbox"/> 없다							
12. 가족중에 특별한 질병(고혈압, 당뇨 등)을 앓고 있는 분이 계신가요? <input type="checkbox"/> 있다(병명:) <input type="checkbox"/> 없다							
방문경로	<input type="checkbox"/> 지인 소개(성함:) <input type="checkbox"/> 인터넷 검색	<input type="checkbox"/> 근거리 위치	<input type="checkbox"/> 병원소개(병원명:)	<input type="checkbox"/> 기타()			