

AMH 검사뢰서

(난소기능 평가를 위한 혈액검사)

(검사기관 의뢰용)

병원명	병원코드	과명/병동	주치의
수진자명	차트번호	생년월일	나이
채취일	의뢰일		

검사의 목적	<input type="checkbox"/> 불임검사의 일환으로 난소 기능 평가 <input type="checkbox"/> 일반적인 난소나이 평가
난소수술 기왕력	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ※ 난소수술을 받은 적이 있다면 다음 내용을 체크해 주십시오. <input type="checkbox"/> 낭종제거술 <input type="checkbox"/> 난소절제술 <input type="checkbox"/> 기 타 () <input type="checkbox"/> 한쪽 (Lt, Rt) <input type="checkbox"/> 양쪽
다낭성난소증후군(PCOS)의 소견	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> USG 소견 <input type="checkbox"/> Oligomenorrhea <input type="checkbox"/> Hyperandrogenism
출산력(Parity)	* 만삭 출산수 __ 회 * 유산 [자연유산 __ 회 * 생존아 수 [남 __ 명 * 조산수 __ 회 [인공유산 __ 회 [여 __ 명
추가 검사항목	<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol(E2) 기 타

◆ 수진자 임상정보

<p>▶신장 _____ cm / 체중 _____ kg</p> <p>▶최종 월경일 (LMP) : _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p>▶초경 시작 나이 : 만 _____ 세</p> <p>▶생리습관</p> <p>① 규칙적, 생리주기는 대개 _____ 일이다.</p> <p>② 주기가 36일 이상이고 불규칙하다.</p> <p>③ 규칙적이거나 최근 들어 주기가 짧아졌다.</p> <p>④ 생리주기가 길어지거나 가끔씩 한다.</p> <p>⑤ 폐경이 되었다.</p> <p>기타 : _____</p> <p>▶40세 이전 조기 폐경이 있는 가족이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (누구 : 엄마, 여자형제, 할머니)</p>	<p>▶흡연여부</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (흡연량 _____ 개피)</p> <p>▶자궁내막증이 있다는 얘기를 들었습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p>▶갑상선 질환이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (1. 기능항진 2. 기능저하 3. 결절 또는 혹 4. 기타 _____)</p> <p>▶항암치료를 받은 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (진단명 : _____)</p>
---	--

AMH 검사뢰서

(난소기능 평가를 위한 혈액검사)

(병원 보관용)

병원명	병원코드	과명/병동	주치의
수진자명	차트번호	생년월일	나이
채취일	의뢰일		

검사의 목적	<input type="checkbox"/> 불임검사의 일환으로 난소 기능 평가 <input type="checkbox"/> 일반적인 난소나이 평가
난소수술 기왕력	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ※ 난소수술을 받은 적이 있다면 다음 내용을 체크해 주십시오. <input type="checkbox"/> 낭종제거술 <input type="checkbox"/> 난소절제술 <input type="checkbox"/> 기 타 () <input type="checkbox"/> 한쪽 (Lt, Rt) <input type="checkbox"/> 양쪽
다낭성난소증후군(PCOS)의 소견	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> USG 소견 <input type="checkbox"/> Oligomenorrhea <input type="checkbox"/> Hyperandrogenism
출산력(Parity)	* 만삭 출산수 __ 회 * 유산 [자연유산 __ 회 * 생존아 수 [남 __ 명 * 조산수 __ 회 [인공유산 __ 회 [여 __ 명
추가 검사항목	<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol(E2) 기 타

◆ 수진자 임상정보

<p>▶신장 _____ cm / 체중 _____ kg</p> <p>▶최종 월경일 (LMP) : _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p>▶초경 시작 나이 : 만 _____ 세</p> <p>▶생리습관</p> <p>① 규칙적, 생리주기는 대개 _____ 일이다.</p> <p>② 주기가 36일 이상이고 불규칙하다.</p> <p>③ 규칙적이거나 최근 들어 주기가 짧아졌다.</p> <p>④ 생리주기가 길어지거나 가끔씩 한다.</p> <p>⑤ 폐경이 되었다.</p> <p>기타 : _____</p> <p>▶40세 이전 조기 폐경이 있는 가족이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (누구 : 엄마, 여자형제, 할머니)</p>	<p>▶흡연여부</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (흡연량 _____ 개피)</p> <p>▶자궁내막증이 있다는 얘기를 들었습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p>▶갑상선 질환이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (1. 기능항진 2. 기능저하 3. 결절 또는 혹 4. 기타 _____)</p> <p>▶항암치료를 받은 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES (진단명 : _____)</p>
---	--