Samkwang Medical Lab

AMH 의뢰서
(난소기능평가 혈액검사)

ID Label

CAP Accredited Laboratory. 69944-01

병 원 명		병원코드		진 료 과 병 동		의뢰의사	
수 진 자		차트번호		최종월경일	년 월 일	의뢰일자	년 월 일
생년월일		나 이	세	신장/체중	cm, kg	채취일시	월 일 시

검사목적 (Indication)	☐ 일반적인 난소나이 평가 ☐ 불임검사의 일환으로서 난소기능 평가
난소수술 기왕력	☐ 없음 ☐ 있음 ※ 난소수술을 받은 적이 있다면 다음 내용을 체크해 주십시오. ① 수술은 ☐ 낭종제거술, ☐ 난소절제술 ② 어느쪽 ☐ 한쪽 (왼쪽, 오른쪽), ☐ 양쪽 ③ 수술 후 확인된 진단명 :
다낭성난포증후군(PCOS)의 소견	☐ 없음 ☐ USG 소견 ☐ oligomenorrhea ☐ hyperandrogenism
출산력 (Parity)	만삭 출산수: ☐ 조산수: ☐ 유산 총 횟수 [자연: ☐ 인공: ☐] 생존아 수 [남: ☐ 여: ☐]
추가 검사항목	

수진자 기재란

AMH(Anti-Mullerian Hormone)는 난소기능을 평가하기 위해 시행하는 검사입니다.
정확한 분석을 위해 다음 질문사항을 체크하거나 기입하여 혈액채취 시 검사실 직원에게 제출하여 주시기 바랍니다.

1. 초경 시작 나이는 언제입니까?
만 (_____)세에 시작되었다.

2. 생리습관은 어떻습니까?
① 규칙적인 편이다. 생리주기는 대개 (_____)일 이다.
② 원래 주기가 36일 이상이고, 불규칙하다.
③ 규칙적이었는데 최근 들어 주기가 짧아졌다.
④ 이제는 생리주기가 길어지거나 가끔씩 한다.
⑤ 폐경이 되었다.
⑥ 기타: _____

3. 40세 이전 조기폐경이 있는 가족이 있습니까?
① 아니오.
② 네. 가족관계는 (_____)이다. (예: 엄마, 여자형제, 할머니)

4. 흡연을 합니까?
① 아니오.
② 네.

5. 자궁내막증이 있다는 얘기를 들었습니까?
① 아니오.
② 네.

6. 갑상선질환이 있습니까?
① 아니오.
② 네.
갑상선질환이 있다면 다음 사항을 체크해 주십시오.
☐ 기능항진 ☐ 기능저하 ☐ 결절 또는 혹
☐ 기타: _____

7. 항암치료를 받은 적이 있습니까?
① 아니오.
② 네. 종양이름: _____

06742 서울특별시 서초구 바우뫼로 41길 57 삼광빌딩
검사기관 11365200 T 02-3497-5100 www.smlab.co.kr