

フリガナ	生年月日	年齢	職業	携帯電話番号	身長	体重	血液型
本人氏名	____年 ____月 ____日	____歳	夜勤(有・無)		cm	kg	
フリガナ	生年月日	年齢	職業	携帯電話番号			
夫氏名	____年 ____月 ____日	____歳	夜勤(有・無)				
住所	〒 _____						

① ご希望の診療内容

- 一般不妊治療 体外受精 他院からの紹介・紹介状(有り・無し) その他(_____)

② あなたの結婚歴について

- 既婚: 入籍日 (_____ 年 ____ 月) 事実婚(内縁)
 婚約中: (_____ 年 ____ 月入籍予定) 未婚(具体的な入籍予定なし)
 再婚 (_____ 年 ____ 月)

③ 月経について

- (1) 初めての月経は何歳ですか _____ 歳
(2) 最後の月経はいつから始まりましたか _____ 年 ____ 月 ____ 日 本日月経 _____ 日目
(3) 月経周期(月経開始から次の月経まで) _____ 日 ~ _____ 日型・その他(_____)
(4) 月経量はどれくらいですか 多い ・ 普通 ・ 少ない

④ 今までの性生活について(必ず全ての項目を記入してください)

- (1) 不妊期間(避妊しないで性交していた期間)はどのくらいですか 約 _____ 年 ____ 月
(2) そのうち排卵日検査で予測検査薬を使用していた期間は 約 _____ 年 ____ 月
(3) 性生活の頻度はどのくらいですか 約1ヵ月平均 _____ 回
(4) 性交障害(性交痛など)はありますか 無し ・ 有り

⑤ 今までの妊娠および出産について

- 過去に妊娠したことがない
 過去に妊娠したことがある(当てはまる場合は下記の表にご記入ください。分かる範囲で結構です)

	妊娠の方法	妊娠経過	出産について				お子様について			
			年月	週数	病院名	出産方法	産後異常	性別	体重	異常
1	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 死産	____年 ____月	____週		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____g	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 死産	____年 ____月	____週		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____g	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 死産	____年 ____月	____週		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____g	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 死産	____年 ____月	____週		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____g	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 胎状奇胎 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 死産	____年 ____月	____週		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____g	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

その他、上記妊娠歴で当てはまるものが下記項目にありましたら、全てにチェックをしてください

- 切迫早産 妊娠糖尿病 新生児仮死 その他(_____)

⑥ 持病や今までにかかった病気について

該当するものにチェックを付けて、発症時期や治療内容についてご記入ください

- 喘息 糖尿病 高血圧 膠原病 心臓病 脳脊髄疾患 結核
胃腸病 腎臓病 肝臓病 甲状腺 精神疾患 内分泌疾患
性感感染症(クラミジア 梅毒 淋病 その他()
その他() ■発症時期・治療内容:

■輸血を受けたこと なし・あり(年 月)

■放射線治療・抗がん剤を使用したこと なし・あり(年 月)

受けた手術 1. (年 月:病院名)
 2. (年 月:病院名)

⑦ 薬剤・食品・その他のアレルギー、喫煙・飲酒について

- (1)薬のアレルギー なし あり (薬品名:)
 (2)食品のアレルギー なし あり (食品名:)
 ※宗教上の理由で摂取出来ない食品はありますか なし・あり(食品名:)
 (3)その他のアレルギー なし あり (品名:)
 (4)たばこは吸いますか いいえ はい(1日 本)
 (5)お酒は飲みますか いいえ はい(1日量) ときどき(月 回程度)

⑧ 不妊治療に関わる検査歴の有無とその結果について

*検査結果がお手元にある場合は、来院時にお持ちください

項目	検査歴・検査結果	検査日	検査後の治療歴
1 AMH(抗ミュラー管ホルモン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	
2 TSH(甲状腺検査)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
3 FT4(甲状腺検査)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
4 抗精子抗体検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
5 抗リン脂質抗体検査(不育症)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	
6 感染症検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
7 クラミジア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
8 風疹抗体検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	
9 風疹予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 接種済み:接種日(年 月)		
10 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:結果()	年 月	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 治療済・ <input type="checkbox"/> 通院中
11 精液検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精子減少症 <input type="checkbox"/> 精子無力症(運動率低下) <input type="checkbox"/> 無精子症	年 月	
12 その他 採血によるホルモン検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月	

(1)卵管造影検査(又は卵管通水検査)を受けたことがありますか

いいえ はい

「はい」を選択の方

検査日	検査結果
年 月	右 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> その他
	左 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> その他

(2)子宮鏡検査を受けたことがありますか

いいえ はい(年 月)

(3)ヒューナー検査を受けたことがありますか

いいえ はい

「はい」を選択の方

検査日	検査結果
年 月	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> その他

(4)タイミング療法を受けたことがありますか

いいえ はい(回)

(5)人工授精を受けたことがありますか

いいえ はい

「はい」を選択の方

回数	最終の人工授精日
回	年 月 日

(6)体外受精を受けたことがありますか

いいえ はい

「はい」を選択の方

採卵	移植
<input type="checkbox"/> 体外受精()回 <input type="checkbox"/> 顕微受精()回	回

⑨ 不妊治療に対してのご希望について

- (1) 治療内容のご希望はありますか
- タイミングを見ながらゆっくりすすめる
- 人工授精まで早めにすすめたい
- 体外受精まで早めにすすめたい

(2) その他、ご希望やお聞きになりたいことがございましたら、ご自由にお書きください