

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名 (パートナー)	
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
職 業		職 業	
携帯番号		携帯番号	
連絡可能なお時間 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> : ~ : 連絡先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話 (自宅番号) 留守電 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG			
現住所 〒			
*住民票の住所と現住所が異なる場合は下記に記入下さい。 〒			

★受診予約・検査・その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合があります。

その為、必ず連絡が取れる電話番号の記入をお願いします。

★住所・電話番号・保険証などの変更がございましたら必ず受付までお申し出下さい。

今回の治療のご希望は何ですか。(該当項目に○印を付けて下さい)

- | | |
|------------------|----------------|
| () 話、相談をしたい | () セカンドオピニオン |
| () 不妊検査を受けたい | () その他希望 |
| () タイミング治療を受けたい | [ご自由にご記入下さい] |
| () 人工授精を受けたい | |
| () 体外受精を受けたい | |

・あなたについてお尋ねします。

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

血液型 _____ 型 (Rh + -)

・喫煙していますか していない・している (_____ 本/日 _____ 歳から _____ 年間)
 禁煙した (いつ: _____ 年 喫煙年数 _____ 年)

・これまでに産婦人科で手術を受けた事がありますか ない・ある(_____)

・これまでに経験された病気、現在治療中の病気はありますか

ない・ある（病名など具体的に： _____）

（治療経過： _____）

< 月 経 >

・初潮 _____ 歳

・最終月経 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

・その前の月経 _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

・周期（月経が始まった日から次の月経があるまで）

順調（ _____ 日周期） 不順（ _____ 日から _____ 日）

・月経に伴い右記の症状がありますか 下腹部痛・腰痛・頭痛

・痛み止めを使用しますか はい・時々・いいえ

< 結 婚 >

結婚（H・R _____ 年 _____ 月） 離婚（H・R _____ 年 _____ 月）

再婚（H・R _____ 年 _____ 月） 未婚 結婚予定（H・R _____ 年 _____ 月）

< 妊 娠 >

妊娠されたことがありますか ある（下記を記入） ・ ない



_____ 年 _____ 歳の時（経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産）妊娠 _____ 週（男・女 _____ g）

_____ 年 _____ 歳の時（経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産）妊娠 _____ 週（男・女 _____ g）

_____ 年 _____ 歳の時（経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産）妊娠 _____ 週（男・女 _____ g）

< 職 業 >

専業主婦 ・ 就業中（フルタイム・午前・午後 _____ 休日： _____）

※下記の質問にお答えください。

・体調は良好ですか はい・いいえ（症状： _____）

・食事は規則正しくとっていますか はい・いいえ

- ・アルコールは飲みますか 飲まない・時々・週2～3回・毎日
- ・注射・内服薬のアレルギーはありますか ない・ある ()
- ・食物のアレルギーはありますか ない・ある ()
- ・現在内服中の薬はありますか ない・ある ()
- ・サプリメント・漢方の服用がありますか ない・ある ()
- ・寝付きは良いですか よい・あまり良くない・良くない
- ・睡眠薬は飲みますか 飲まない・時々飲む・毎日飲む
- ・過去に体重が急激に（10Kg以上）増えたり、減ったりした事がありますか
いいえ・はい (年 歳の時)
- ・乳汁がにじむことがありますか はい・いいえ
- ・ストレスを感じやすいと思いますか はい・いいえ
- ・妊娠しない事がプレッシャーになっていますか はい・いいえ
- ・何か悩んでいることやストレスになっていることはありますか
[]
- ・家族構成について、何人暮らしですか 人
(同居者は)
- ・治療のことをどなたかにお話しされていますか
はい (夫・父・母・義父・義母)・ いいえ
- ・不妊期間はどのくらいですか 年 ヶ月
- ・避妊期間はありましたか 特にない・ある (約 年間)

・現在の性生活は

1ヶ月の性交回数 (約 _____ 回) ・ sex less ・ 夫の長期不在
性交痛 有・無

・これまでに他院で不妊治療、検査受けたことがありますか

ない ・ ある (施設名: _____)

治療内容について

タイミング _____ 回 最後に施行した日 _____ 年 _____ 月
 人工授精 _____ 回 最後に施行した日 _____ 年 _____ 月
 体外受精 _____ 回 最後に施行した日 _____ 年 _____ 月

お分かりになる範囲で結構ですので記入をお願いします

検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 卵管造影			異常なし	異常あり (卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 通水検査			異常なし	異常あり (卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり (手術実施・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> ヒューナー検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			異常なし	異常あり (内服済・未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査			異常なし	異常あり (治療済・経過観察中)
<input type="checkbox"/> ヒトパピロマウイルス			異常なし	異常あり (治療済・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不妊症検査			異常なし	異常あり (妊娠後治療必要あり・なし)

・ご主人様についてお尋ねします。

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

・喫煙していますか _____ していない・している (_____ 本/日 _____ 歳から _____ 年間)
禁煙した (いつ: _____ 年 喫煙年数 _____ 年)

・病歴 (主な病気 _____)

・ご主人様とお子様のことや検査・治療の話をされますか _____ はい・いいえ

・ご主人様は不妊治療や検査に協力的ですか _____ はい・いいえ

・ご主人様は平日のお休みは取りやすいですか _____ はい・いいえ

御記入ありがとうございます。