

ふりがな

お名前 さま 生年月日 S・H 年 月 日 歳 職業(職種)

ふりがな

夫(彼) さま 生年月日 S・H 年 月 日 歳 職業(職種)

ご住所 〒 - TEL: 本人 夫:
mail-address @

通院時間: 時間 分 (車・バス・電車・自転車・徒歩)

* 今日のご相談(気になる症状)は?

- ・赤ちゃんがほしい(人目)・月経不順・月経痛・腹痛
- ・不正出血・おりものが気になる・流産が続く(不育症)
- ・子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮内膜症・ブライダルチェック
- ・子宮癌検査希望・その他

※ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

* 持病や通院・入院・手術の経験がありますか?(ない・ある)

年 月(歳)頃(通院 心療内科等・入院・手術)

病(手術)名:

・現在服用中の薬:

* 月経について

- ・初経 歳
- ・月経周期 ~ 日型 規則的・不順
- ・出血期間 日間
- ・出血量: 少ない・普通・多い・固まりが出る
- ・月経痛: ない・軽い・強い

* アレルギーがありますか? ない・ある

・薬剤/食品()

・症状

・喘息(現在・子供の頃)・鼻炎・花粉症・アトピー皮膚炎・アルコール消毒

・金属ゴム・その他

* 喫煙習慣がありますか? ない・ある(本/日約 年間)

(本数減らした・昔吸っていたが止めた)

* 飲酒の習慣がありますか? ない・ある(日/週・量)

・最近の月経: 月 日から 日間

今日は月経開始日から 日目

・基礎体温を測っていますか? はい・いいえ

* ご結婚されていますか?

 はい: 年 月 日 歳で結婚

あなたは: 初婚・再婚 夫(彼)は: 初婚・再婚

 いいえ: 同居期間 年 ヶ月 結婚予定は? ない・ある

* 妊娠出来ていない期間はどれくらいですか?

(避妊していない期間)

年 月頃から 約 年 ヶ月間

* 夫婦生活(性交渉)に問題を感じていますか? いいえ・はい

・回数が少ない・タイミングが合わない・痛みがある

・性交渉ができない・その他

* 妊娠(出産・流産・子宮外妊娠)されたことがありますか?(いいえ・はい 回)

妊娠(出産)年月日	週数	治療歴	経	過
年 月 日	週	ある・ない(病・医院・男・女)	g) 出産(経膈・帝王切開)・流, 早産・中絶・子宮外妊娠:(夫・夫以外 夫は知らない)	
年 月 日	週	ある・ない(病・医院・男・女)	g) 出産(経膈・帝王切開)・流, 早産・中絶・子宮外妊娠:(夫・夫以外 夫は知らない)	
年 月 日	週	ある・ない(病・医院・男・女)	g) 出産(経膈・帝王切開)・流, 早産・中絶・子宮外妊娠:(夫・夫以外 夫は知らない)	
年 月 日	週	ある・ない(病・医院・男・女)	g) 出産(経膈・帝王切開)・流, 早産・中絶・子宮外妊娠:(夫・夫以外 夫は知らない)	

* 風疹ワクチン、抗体検査を受けたことがありますか?(はい(ワクチン接種・抗体あり・なし)・いいえ)

* 婦人科の診察を受けたことがありますか?(ある・ない)

* 不妊検査や治療を受けたことがありますか?(ない・ある → 次ページの質問にもお答えください)

* 子宮がん検査を最近受けましたか?(受けていない・年 月頃受けた(異常なし・異常あり))

* 診察・治療に関してご希望にあてはまる欄に“”をつけてください。 不妊相談のみ希望 不妊検査希望 自然に近い妊娠治療を希望 タイミング指導や人工授精を希望 早めのステップアップを希望 体外受精も考えている

・その他ご質問やご希望があればお書きください。

※ 新しい情報などをお知らせするダイレクトメールを送らせていただいてもよろしいでしょうか? 【 はい・いいえ 】

不妊検査や治療を受けられた経験のある方へ

※ わかる範囲でご記入ください。

*** いつ頃通院されておりましたか？**

- ① H 年 月 月～ 年 月頃まで () 病・医院
- ② H 年 月 月～ 年 月頃まで () 病・医院
- ③ H 年 月 月～ 年 月頃まで () 病・医院

*** 受けられたことのある検査・治療欄に“☑”を付けてください。**

※ 検査データ、紹介状をお持ちの方はスタッフにお知らせください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 基礎体温測定 (異常あり・なし)
<input type="checkbox"/> ホルモン検査 (異常あり・なし) 年 月頃
<input type="checkbox"/> クラミジア検査 (異常あり・なし)
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 (異常あり・なし)
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影・通水(通気)検査 (異常あり・なし)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡・腹腔鏡 (異常あり・なし)
<input type="checkbox"/> 精液検査 (数・運動率・奇形率の異常・なし)
<input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> クラミジア治療 年 月頃
<input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症治療 年 月頃
<input type="checkbox"/> タイミング指導：
・ 自然周期 回
・ 排卵誘発剤 (内服 回 注射 回)
<input type="checkbox"/> 人工授精：
・ 自然周期 回
・ 排卵誘発剤 (内服 回 注射 回)
<input type="checkbox"/> 体外受精 回 / <input type="checkbox"/> 顕微授精 回
<input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 回 |
|--|--|

*** 不妊原因は何と言われましたか？**

- ・ 排卵がうまくいかない・ホルモンバランスが悪い・卵管 (左・右) の通りが悪い・黄体機能不全
- ・ 抗精子抗体陽性・フナーテスト不良・子宮内膜症・精液所見不良・わからない・その他

*** 過去に体外受精・顕微授精の治療を受けられた方はご記入ください。**

治療日・内容	採卵数	受精数	胚移植	凍結胚数	融解胚移植
① H 年 月 体外・顕微授精	個	個	日目 個移植	個	H 年 月 日目移植 個
② H 年 月 体外・顕微授精	個	個	日目 個移植	個	H 年 月 日目移植 個
③ H 年 月 体外・顕微授精	個	個	日目 個移植	個	H 年 月 日目移植 個
④ H 年 月 体外・顕微授精	個	個	日目 個移植	個	H 年 月 日目移植 個

*** その他ご相談、ご希望、ご要望があればお書きください。**