

* 当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報保護に努め厳重な注意を払っております。

ふりがな		ふりがな	
妻 氏名		夫 氏名	
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
連絡先	- -	連絡先	- -
住所	〒 - - 自宅電話番号 () - -		
職業/会社名		職業/会社名	
休日	月・火・水・木・金・土・日 / 不定期	休日	月・火・水・木・金・土・日 / 不定期

1. 本日はどのようなことで来院されましたか

- 不妊相談 (妊娠できる状態か相談したい・不妊症の検査希望・積極的な不妊治療希望・その他:)
 体外受精について相談
 他院より紹介 (紹介先施設:)
 セカンドオピニオン (当院での治療を希望)
 その他 ()

以前にタイミング療法/人工授精) や体外受精/顕微授精の治療ををしていた方は次ページの治療歴を必ず記載してください。

2. 月経について

- ・最終月経 月 日 ~ 月 日 (日間)
 ・周期 (月経が始まった日から次の月経が始まるまで) 順調 (日~ 日周期) 不順 (日~ 日周期)

3. 結婚について 入籍済 (法律婚) 事実婚 未婚 (年 月ごろ入籍予定あり)

- ・患者様 初婚 再婚 ()
 ・パートナー 初婚 再婚 ()

4. 妊娠されたことはありますか

- ① 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊産婦・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
 ② 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊産婦・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
 ③ 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊産婦・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
 ④ 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊産婦・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
 ⑤ 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊産婦・死産) 妊娠 週 (男・女 g)

5. あなたについてお尋ねします

- ・喫煙歴 なし あり (本/日 ・現在は吸っていない)
 ・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか
 なし 喘息 (気管支喘息・小児喘息・咳喘息) 薬剤使用 () 最終発作 () 頃
 子宮筋腫 腺筋症 子宮内膜症 卵巣のう腫 (チョコレート) のう腫・その他 () 【左・右】
 がん () 糖尿病 高血圧 消化器疾患 ()
 心臓病 () 肝臓病 腎臓病
 甲状腺疾患 (機能亢進症・機能低下症) 精神疾患 () 心療内科 ()
 その他 ()
 ・現在使用中のお薬 (サプリメント含む) はありますか (薬剤名:)
 ・風疹に罹ったことはありますか 不明 なし あり ワクチン済み (歳頃)

6. ご主人の健康状態について (お分かりになる範囲で) 身長 cm 体重 kg

- ・喫煙歴 なし あり (本/日 ・現在は吸っていない)
 ・病歴 なし あり (病名:)
 ・風疹に罹ったことはありますか 不明 なし あり ワクチン済み (歳頃)

7. ご夫婦について

- ・避妊はせず妊娠を希望してからの期間 半年 1年以内 2年以内 3年以上
 ・性交回数 ほとんどない 1~3回/月 4~8回/月 10回以上/月

・今までに受けられた検査・治療について、出来るだけ詳しくご記入願います（他院での治療歴については必須）

検査内容	検査日	実施施設	検査結果
<input type="checkbox"/> ホルモン採血検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> 卵管造影			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（左・右・両方/狭窄・閉鎖・詰まり気味）
<input type="checkbox"/> 通水検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（左・右・両方/狭窄・閉鎖・通りが悪い）
<input type="checkbox"/> 子宮検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（内服済み・未治療・再検査未実施）
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ） 経過観察中・円錐OP
<input type="checkbox"/> 不育症検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> アスピリン内服 <input type="checkbox"/> その他（ ）

一般不妊治療歴	回数	最後に実施した日	妊娠	経過
保険治療の有無	<input type="checkbox"/> 保険診療（3割）		回 利用	<input type="checkbox"/> 保険適用外（10割）
<input type="checkbox"/> タイミング療法	回	年 月 頃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 人工授精（AIH）	回	年 月 頃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・排卵誘発剤の使用	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（薬剤名： ）	

体外受精治療歴	採卵回数（ ）うちキャンセル（ ）	胚移植回数（ ）うちキャンセル（ ）
保険診療の有無	<input type="checkbox"/> 保険診療（3割）	回 利用
	<input type="checkbox"/> 保険適用外（10割）	回 利用
採卵1回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵2回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵3回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵4回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵5回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵6回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法
採卵7回目	卵巣刺激法	採卵数
年 月	自然・ショート・ロング アンタゴニスト（ ）	個
	<input type="checkbox"/> 採卵キャンセル	なし
	体外受精	受精方法

凍結融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
移植日	回数	移植胚（グレード）	妊娠の有無	妊娠経過 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください					
年 月	1回目	初期胚/胚盤胞	+ / -	出産	化学的流産	流産	異所性妊娠	中絶	
年 月	2回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						
年 月	3回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						
年 月	4回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						
年 月	5回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						
年 月	6回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						
年 月	7回目	初期胚/胚盤胞	+ / -						