

記入日： 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職業		職業	
	身長 cm	体重 kg	
	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Rh型 ()	
結婚	<input type="checkbox"/> 結婚	(西暦 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 入籍予定あり (西暦 年 月) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし	
	<input type="checkbox"/> 事実婚		
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他		

当院ではじめに希望する治療内容

保険診療	<input type="checkbox"/> タイミング療法+検査 <input type="checkbox"/> 人工授精+検査 <input type="checkbox"/> 体外受精+顕微授精
自費診療	<input type="checkbox"/> 自費での治療 <input type="checkbox"/> 検査(子宮鏡、B-CE検査など) <input type="checkbox"/> プレコンセプションチェック <input type="checkbox"/> 卵子凍結
診療内容について不明点・不安点、スタッフに聞いておきたいことなど	

I. 月経(生理)について

最終月経	月 日 ~ 月 日 (日間)
月経周期	日から 日 (生理初日から次の生理までの日数)
月経〇日目	日目 (生理初日を1日目として本日は何日目か)

II. 妊娠について

妊娠 回 出産 回 流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回 化学流産 回 死産 回

妊娠・分娩歴

(西暦) 年 月	妊娠経過
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療(病院名) <input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開)単胎/双胎/品胎 <input type="checkbox"/> 流産 週(妊娠反応確認・胎嚢確認・胎児心拍確認)
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療(病院名) <input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開)単胎/双胎/品胎 <input type="checkbox"/> 流産 週(妊娠反応確認・胎嚢確認・胎児心拍確認)
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療(病院名) <input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開)単胎/双胎/品胎 <input type="checkbox"/> 流産 週(妊娠反応確認・胎嚢確認・胎児心拍確認)

III. 検査歴 (不妊症の検査及び治療を受けたことがない方は"III・IV"をとばし"V"へおすすみください。)

検査	検査結果	検査日
<input type="checkbox"/> 卵管造影検査		
<input type="checkbox"/> 通水検査		
<input type="checkbox"/> フーナーテスト		
<input type="checkbox"/> 精液検査		
<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> その他()		

IV. 治療歴

タイミング 回 (最終施行日: 年 月 日)
 人工授精 回 (最終施行日: 年 月 日)
 採卵 回 (最終施行日: 年 月 日)
 胚移植 回 (最終施行日: 年 月 日)

採卵歴

	年 月	施設名	治療 (刺激法)	先進医療	回収卵子	受精卵数	凍結卵数
1						体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
2						体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
3						体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
4						体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()

移植歴

	年 月	方法	移植胚	移植胚 グレード	移植した数	保険・自費	妊娠転帰	出産	残りの 凍結胚数
1		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		
2		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		
3		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		
4		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		
5		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		
6		新鮮・自然 ホルモン補充	初期胚 胚盤胞			保険・自費	陽性・陰性		□

★当院での治療で「求めていること」「希望していること」はありますか？ 診療で参考にしますので、具体的にご記入いただけますと幸いです。

V. 既往歴

1. 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
	例) (対象物) 甲殻類/ (症状) 蕁麻疹	
2. 「1」ではいと答えた方は詳細を記入ください。		
3. アルコール消毒のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
4. セフェム系の抗生物質のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
5. 過去に大きな病気をしたことはありますか？	はい	いいえ
6. 過去に手術を受けたことがありますか？	はい	いいえ
7. 過去に婦人科系の手術を受けたことがありますか？	はい	いいえ
8. 「5」「6」「7」ではいと答えた方は詳細を記入ください。	① 年 月 (病名・手術名) ② 年 月 (病名・手術名)	
9. 現在、治療中または通院中の病気はありますか？	はい	いいえ
10. 「9」ではいと答えた方は詳細を記入ください。	高血圧・不整脈・糖尿病・甲状腺疾患 緑内障・その他()	
また、その病気の主治医から妊娠の許可はでていますか？	はい	いいえ
9. 現在、服用中のお薬はありますか？	はい	いいえ

■血液検査

当院では、検査結果を「紙媒体でお持ちの方」に限り「1年以内の結果」は採用しております。
1年以内に受けられた検査結果は、下記にご記入ください。

【女性】

検査項目		検査年月日	検査結果	治療の有無
AMH				
感染症	HBs			
	HCV			
	梅毒			
	HIV			
クラミジア	IgA			
	IgG			
	PCR			
甲状腺機能	TSH			
	f T4			
下垂体	PRL			
風疹抗体				ワクチン接種 有・無
抗精子不動化抗体				
不育症検査				

【男性】

検査項目		検査年月日	検査結果	治療の有無
感染症	HBs			
	HCV			
	梅毒			
	HIV			

当院はマイナンバーカードを用いて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 【初診時】マイナ保険証を利用しない場合...加算1 (6点)
マイナ保険証を利用した場合 ...加算2 (2点)
- 【再診時】マイナ保険証を利用しない場合...加算3 (2点 月1回)

<看護師確認欄>

- 他院治療計画立案 年 月 日 一般・ART
- 戸籍案内