					写	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	g					
	血液型	$\square A \square B \square$	O □AB Rh型(	)					
	□結婚	(西暦	年 月)						
結婚	□未婚	□入籍予定	あり(西暦	年 月)	□入籍−	予定なし			
N/ Beh de Arr	□事実婚								
当院を知ったきっかけ	□ホームページ	ジ □知人の	○紹介 □他院から	の紹介 □近月	听 □看板	□その作	也		
当院ではじ	めに希望する治詞	<b>診療内容</b>							
保険診療		]タイミング	·療法 + 検査 [	□人工授精+核		]体外受精	+ 顕微授精		
自費診療	□自費での	治療 □検	査(子宮鏡、B-CE	検査など) □ 7	プレコンセフ	プションチ	ェック □	]卵子凍	結
診療内容につい	┃ ヽて不明点・不安点、	スタッフに聞い	っておきたいことなど						
Ⅰ.月経(生	<b>生理)について</b>								
最終月経	月 日	~ 月	日(日間)						
月経周期	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	<u>回</u> 出産	<u>回</u> 流産		3 子宮外妊娠	娠 回	化学流産	回 死	,産	
妊娠・分娩	·								
(西暦)	年 月			妊娠	経過				
	<del></del> 年  月	□自然妊娠	□治療(病院名	)	□分娩	(経腟・帝王	切開)単胎	/双胎/品	胎
		□流産	週(妊娠反応確認	忍・胎嚢確認・	胎児心拍確	雀認)			
	年月	□自然妊娠	□治療(病院名	)	□分娩	(経腟・帝王	切開)単胎	/双胎/品	胎
		□流産	週(妊娠反応確認	忍・胎嚢確認・	胎児心拍確	建認)			
	年月	□自然妊娠	□治療(病院名	)	□分娩	(経腟・帝王	切開)単胎	/双胎/品	胎
		□流産	週(妊娠反応確認	忍・胎嚢確認・	胎児心拍確	窜認)			
Ⅲ.検査歴	【 (不妊症の材	食査及び治療	寮を受けたことがな	い方は"III・IV	'"をとばし"	V"へおす	すみくださ	い。)	
	検査			<b>全結果</b>			検査日		
□卵管造影									
□通水検査	Ĭ								
□フーナー	-テスト								
□精液検査									
□その他	(	)							
□その他		)							
口その他	(	)							

# Ⅳ. 治療歴

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

#### 採卵歴

3-1-71 /							
	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()	初期胚( )
						顕微授精( )	胚盤胞( )
2						体外受精()	初期胚( )
۷						顕微授精()	胚盤胞( )
3						体外受精()	初期胚( )
3						顕微授精()	胚盤胞( )
1						体外受精()	初期胚( )
4						顕微授精()	环般的 ( )

# 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	
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		残りの 凍結胚数
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		П

★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

V. 100 Inc.					
1. 食べ物やお薬のアレルギーはありますか?	はい	いいえ			
2. 「1」ではいと答えた方は詳細を記入ください。	例) (対象物) 甲殻類/(	例)(対象物)甲殻類/(症状)蕁麻疹			
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. 喫煙されていますか?	はい	やめた			
Γ	(本/日)(年	いいえ - 月まで喫煙)			
6.過去に大きな病気をしたことはありますか?	はい	いいえ			
7. 過去に手術を受けたことがありますか?	はい	いいえ			
8. 過去に婦人科系の手術を受けたことはありますか?	はい	いいえ			
9. 「6」「7」「8」ではいと答えた方は詳細を記入ください。	① 年 月(病4	① 年 月(病名·手術名)			
	② 年 月(病名	名・手術名)			
10.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			
11.「10」ではいと答えた方は詳細を記入ください。	高血圧・不整脈	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			
12. 現在、服用中のお薬はありますか?	はい	いいえ			

!妊娠中の喫煙は、赤ちゃんの健康な発育に影響を及ぼします。

妊婦が喫煙していなくても、周囲でパートナーが喫煙することで副流煙(たばこの煙)の影響を受けます。

治療を開始したらカップルで話し合い速やかに禁煙してください。

#### ■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
-	HMA			
	HB s			
感染症	HCV			
忠未征	梅毒			
	HIV			
	IgA			
クラミシ゛ア	IgG			
	PCR			
甲状腺機能	TSH			
TIADRIX HE	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
	HBs			
感染症	HCV			
怨未址	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。

◆初診時 医療情報取得加算 · · 1点

◆再診時 医療情報取得加算 ・・ 1点(3月に1回に限り算定)

△令和6年12月2日から現行の健康保険証は発行されなくなります。ご注意ください。

〈看護師確認欄〉

	他院治療計画立案	午	B	一般・ART
1 1			$\overline{}$	— ffg ・ A R I

□ 戸籍案内