

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	
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		□

★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
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/ (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 ( 本/日)	やめた ( 年 月まで喫煙) 　　いいえ
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 (病名・手術名) ② 年 月 (病名・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・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。

