

*当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳重に管理し、プライバシーの尊重・保護に努めております。診療目的以外には使用しません。
*不妊治療はカップルでの治療になります。パートナーの方の情報もご記入ください。

フリガナ	生年月日：S・H	年
氏名	：西暦	年 月 日 (歳)
住所 〒		
携帯電話	自宅電話	
ご職業	通院しやすい曜日・時間帯	

※必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にご回答をお願いします。 □にチェックを入れてください。

1. 本日来院された理由を教えてください。複数でも結構です。

- 一般不妊治療（タイミング法・人工授精法） 体外受精・顕微授精 不育症・習慣性流産の相談
男性因子と思われる相談 子宮がん検診 おりものが気になる・陰部がかゆい 更年期相談
その他()

2. 月経について

初潮： 歳 閉経： 歳

最終生理：西暦 年 月 日 ~ 月 日 (日間)

月経周期：(平均 日) 周期 月経不順 (日 ~ 日) くらい

月経痛が強い 鎮痛剤使用 (薬品名)

経血量が多い 経血量が少ない 不正出血がある

3. 性交渉の経験はありますか？

あり・なし → 経膈超音波 (できる ・ できない ・ わからない)

4. 既往歴・手術歴

年齢	病名	使用薬	手術の有無	経過
			有・無	完治・観察中
			有・無	完治・観察中
			有・無	完治・観察中

5. 結婚歴：あり・なし → 事実婚 交際中 入籍予定あり

結婚 (西暦： 年 月 日 歳) 離婚 (西暦： 年 月 日 歳)

再婚 (西暦： 年 月 日 歳)

6. 妊娠・分娩歴

() 回妊娠 () 回出産 → 卒乳 (済・未)

(西暦) 年月	週数	体重	性別	分娩式	流産	妊娠方法
年 月	週	g	女・男	経膈分娩・帝王切開 吸引分娩	手術 有・無	自然・タイミング法 人工授精・体外受精
年 月	週	g	女・男	経膈分娩・帝王切開 吸引分娩	手術 有・無	自然・タイミング法 人工授精・体外受精
年 月	週	g	女・男	経膈分娩・帝王切開 吸引分娩	手術 有・無	自然・タイミング法 人工授精・体外受精

7. 喘息やアレルギーはありますか？

喘息の有無：なし・あり → 最終発作 (歳) 現在の使用薬品：あり (薬品名：)

アレルギーの既往：なし・あり → 薬・注射 (薬品名： 症状：)

食物 (食品名： 症状：)

アルコール ラテックスゴム 麻酔剤 (薬剤名：)

その他 ()

あてはまる項目にチェック・記入をしてください。

1.妊娠希望してからどのくらいですか？ 年 月 日

※避妊具を外して性交渉・膣内射精をしている期間をいいます。

2.不妊治療は、初めてですか？ (はい ・ いいえ)

いいえ・の方はどこで治療をしていましたか？

※ クリニック／病院名

一般不妊治療【タイミング法・人工授精】

自己流タイミング → 【 タイミングがわからない・ ED 気味・ セックスレス・ シリンジ法 】

医療機関でのタイミング法をした。→【約 周期】

誘発剤：した・していない【 注射 ・ クロミッドなど・・・】

人工授精 →【 回施行】

生殖補助医療【体外受精・顕微授精】

採卵 →【 回】 施行⇒うち体外受精【 回】・顕微授精【 回】

胚移植 →【 回】 施行⇒うち新鮮胚移植【 回】・凍結融解胚移植【 回】

⇒うち初期胚移植【 回】・胚盤胞移植【 回】

3.今までに受けられた検査を教えてください。

検査内容	検査日	検査施設	検査結果	
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> AMH				
<input type="checkbox"/> クラミジア感染症検査			異常なし	異常あり (治療済み・未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			異常なし	異常あり (治療済み・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり ()
◇ 卵管造影検査			異常なし	異常あり (癒着・閉塞→右・左)
◇ 子宮鏡検査			異常なし	異常あり (ポリープ・筋腫)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり (数・濃度・運動率)

検査結果などをお持ちの方、結果を確認しますので提出をお願いします。

必要な検査結果・記録につきましてコピーまたは、スキャンをさせていただきます。

ご理解のほどよろしく願いいたします。

4.女性習慣病・女性疾患・健康状態についてお尋ねします。

- 身長.....cm 体重.....kg
- 基礎体温は付けていますか？（つけている・つけてない）
- 喫煙歴 吸う（.....本/日）
（紙タバコ ・電子タバコ ・紙・電子タバコ両方 ・水蒸気タバコ）
 吸わない 以前吸っていた
- アルコール 毎日飲む 時々飲む 全く飲まない
- カフェイン 毎日1～3杯は飲む 毎日4杯以上飲む 時々飲む
- 食生活 栄養バランスを考えて摂っている あまり気にしない 全く考えてない
- 睡眠時間 1日6～8時間 6時間未満 8時間以上
- 日頃運動 していない 週に数回している ジム・筋トレなどを積極的にしている

既往歴

- 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 卵巣嚢腫（右.....cm・左.....cm）
- 子宮頸がん 悪性腫瘍 感染症（.....）
- 甲状腺疾患（ バセドウ病・ 橋本病） 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
- 冷え性 消化器疾患・（疾患名.....）
*各疾患で、かかりつけ医がございましたら記入して下さい。（.....）
*内服中のお薬はありますか？（.....）
- 精神疾患（疾患名：.....：.....歳）
*かかりつけ医名（.....）
*内服中のお薬（.....）
- 現在内服中のサプリメントはありますか？
*（商品名：.....）

5.夫婦環境と妊活（子作り）について、お尋ねします。

- 妊娠・出産を
 夫婦共に希望している 妻（パートナー）が希望している 夫（パートナー）が希望している
- ご両親・周りから「子供」について聞かれることがある
 ない ある（① 時々 ② よく聞かれる ③ ストレスで会いたくないくらい聞かれる）
- 性交渉の頻度はどれくらいですか？
 ほぼ毎日 週2～3回 週1回 月2～3回 月1回 セックスレス
- 性交渉の際に何か問題を感じていますか？
 特に問題ない 痛くていやだ 疲れてしたくない 求められれば仕方ない 全く興味がなくなった
- 妊活以外に悩んでいること・ストレスを感じていることがありますか？
 ない ある（ 人間関係 仕事 お金 家庭 その他）
- 性交渉しないで妊娠する方法に興味はありますか？ ある ない 方法による
- 夫婦生活について相談したいことがあれば記入してください。

6.当院での治療にあたりご要望がございましたらご記入ください。

*当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳重に管理し、プライバシーの尊重・保護に努めております。診療目的以外には使用しません。

*不妊治療はカップルでの治療になります。パートナーの方の情報もご記入ください。

フリガナ	生年月日：S・H	年
氏名	：西暦	年 月 日 (歳)
住所 〒		
携帯電話	自宅電話	
ご職業	通院しやすい曜日・時間帯	

※必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にご回答をお願いします。 □にチェックを入れてください。

1. 生活習慣・健康状態についてお尋ねします。

- 身長..... cm 体重..... kg
- 喫煙歴 □吸う (本/日)
(紙タバコ ・ 電子タバコ ・ 紙・電子タバコ両方 ・ 水蒸気タバコ)
□吸わない □以前吸っていた
- アルコール □毎日飲む □時々飲む □全く飲まない
- カフェイン □毎日1～3杯は飲む □毎日4杯以上飲む □時々のみ
- 食生活 □栄養バランスを考えて摂っている □あまり気にしない □全く考えてない
- 睡眠時間 □1日6～8時間 □6時間未満 □8時間以上
- 日頃運動 □していない □週に数回している □ジム・筋トレなどを積極的にしている
- 健康状態 □特に問題はない □最近疲れやすい □最近ストレスが溜まっている

2. 疾患や既往歴についてお聞きします。

- 治療中の疾患はありますか？ □なし □あり (疾患名：.....)
- 内服中のお薬はありますか？ □なし □あり (薬品名：.....)
- 精神疾患 (疾患名：.....) (薬品名：.....)
- 内服中のサプリメントはありますか？ (商品名：.....)

男性疾患 *該当するものにチェックをつけてください。

- 停留睪丸の手術 (ない・ある) □ 陰嚢水腫の手術 (ない・ある)
- 鼠経ヘルニアの手術 (ない・ある) □ 睪丸の外傷・打撲・腫れ (ない・ある)
- 性行為感染症 (病名：.....)
- 大人になってからの高熱 (いつ頃.....)
- 思春期以降に、おたふく風邪 (流行耳下腺炎) になりましたか？ (いつ頃.....)
- 放射線治療 (ない・あり) □ 抗がん剤治療 (ない・あり)
- パイプカット手術 (ない・あり)

3. **お仕事についてお聞きします。**

- 夜勤勤務はありますか？ ない ある（週.....日）
- お休みはとれますか？ ほとんどとれない 不規則 月に.....日 カレンダー通り
- 1日の勤務時間はどのくらいですか？（.....時間）
- 残業はありますか？ ない ある（約.....時間.....分）
- 出張はありますか？ ない ある→どのくらいにペース（.....）
- 単身赴任中ですか？ いいえ はい→単身赴任先と大体の期間（.....）

4. **夫婦環境と妊活（子作り）について、お尋ねします。**

- 妊娠・出産を
夫婦共に希望している 妻（パートナー）が希望している 夫（パートナー）が希望している
- ご両親・周りから「子供」について聞かれることがある
ない・ある ⇒ ① 時々 ② よく聞かれる ③ ストレスで会いたくないくらい聞かれる
- 性交渉の頻度はどれくらいですか？
ほぼ毎日 週2~3回 週1回 月2~3回 月1回 セックスレス
- 性機能について悩んでいることはありますか？
マスターベーションは月に何回くらいですか？ （.....回）
特に問題はない 性欲がない 勃起しない 挿入できない 勃起継続できない
膣内射精ができますか？ ⇒（早漏・遅漏・射精しない）
- 精液検査を受けたことがある
ない・ある⇒ 正常・異常（病名：.....）
- 妊活以外に悩んでいること・ストレスを感じていることがありますか？
ない・ある ⇒（人間関係 仕事 お金 家庭 その他）
- 不妊治療や検査に積極的に参加する意欲はありますか？
ある・できる限り協力する・ない
- 性交渉しないで妊娠する方法に興味はありますか？
ある・ない ・方法による
- 夫婦生活について相談したいことがあれば記入してください。

5. **当院での治療にあたりご要望がありましたら記入ください。**