

フリガナ	生年月日	年齢	職業	電話番号 (携帯)	身長	体重	血液型
本人氏名	年 月 日	歳			cm	Kg	型 Rh( )

フリガナ	生年月日	年齢	職業	電話番号 (携帯)
夫氏名	年 月 日	歳		

住所	〒

## 結婚歴

- 既婚 入籍日 ( 年 月 )  
 離婚 ( 年 月 )  
 婚約中 ( 年 月 頃入籍予定 )  
 事実婚 (内縁)  
 未婚 (具体的な入籍予定なし)

➤ 下記の1~9の質問について回答してください

## 1. ご希望の診療内容

- 体外受精  
 一般不妊治療  
 その他 ( )

## 2. あなたの月経について

- ① 最近の月経はいつから始まりましたか。 月 日から 日間  
 ② 月経周期は順調ですか。(例：順調 28日~30日) 順調 ( 日~ 日 ) ・ 不順 ( 日~ 日 )  
 ③ 排卵誘発剤などのお薬を服用していますか。 無 ・ 有 ( 薬剤名： )

## 3. 今までの性生活について (必ずすべての項目を記入してください)

- ① 不妊期間 (避妊しないで性交していた期間) はどのくらいですか。 約 年 カ月  
 ② そのうち排卵日検査で予測検査薬を使用していた期間は？ 約 年 カ月  
 そのうち排卵日検査で排卵日予測アプリを使用していた期間は？ 約 年 カ月  
 ③ 性生活の頻度は月にどのくらいですか。 約 回/月  
 ④ 性交障害 (勃起障害や射精困難など) はありますか。 無 ・ 有

## 4. 今までの不妊治療について

- ① 他院で不妊検査や治療を受けたことがありますか。 無 ・ 有 (病院名： )  
 ② 治療を受けていた期間はいつですか。 20 年 月 ~ 20 年 月  
 ③ どのような治療を受けましたか。  
 A) タイミング 回  
 B) 人工授精 回  
 C) 体外受精 (採卵 回、移植 回)  
 D) その他

## 5. 今まで行った検査について (結果に○印をつけてください)

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| A) 子宮がん検査 (正常/異常)          | F) 抗精子抗体 (正常/異常)        |
| B) 卵管造影 (通気・通水) 検査 (正常/異常) | G) クラミジア抗体・抗原検査 (正常/異常) |
| C) フーナーテスト (正常/異常)         | H) 甲状腺機能検査 (正常/異常)      |
| D) 精液検査 (正常/異常)            | I) 風疹抗体検査 (正常/異常)       |
| E) AMH (検査値： ) (正常/異常)     | J) ホルモン検査 (正常/異常)       |

## 6. 妊娠したことはありますか？

- はい  いいえ

妊娠歴（分娩等で妊娠が終了した年）		妊娠の方法	妊娠の転機		
西暦	年 月	自然 ・ タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩	中絶	流産（ 週）
西暦	年 月	自然 ・ タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩	中絶	流産（ 週）
西暦	年 月	自然 ・ タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩	中絶	流産（ 週）
西暦	年 月	自然 ・ タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩	中絶	流産（ 週）

※生化学妊娠は流産に○をして（ ）に生妊と記載してください

## 7. 今までかかった病気、手術、健康状態について

- ① お薬などのアレルギーはありますか。 無 ・ 有（ ）
- ② 今まで病気や手術をしたことがありますか。 無 ・ 有（下記もご記入ください）  
 病気：糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・甲状腺疾患・B型肝炎・C型肝炎・精神疾患・クラミジア・その他（ ）  
 手術：卵巣嚢腫・子宮筋腫・子宮内膜症・子宮外妊娠・帝王切開・その他（ ）
- ③ 現在飲んでいるお薬はありますか。 無 ・ 有（ ）
- ④ 喫煙していますか。 無 ・ 有（ 本/日）
- ⑤ マルチビタミンなどのサプリメントを飲んでいますか。 無 ・ 有（ ）

## 8. ご主人について

- ① 今まで病気や手術をしたことがありますか。 無 ・ 有（下記もご記入ください）  
 病気：糖尿病・高血圧・心臓病・喘息・甲状腺疾患・B型肝炎・C型肝炎・精神疾患・クラミジア・停留精巣・  
 おたふくかぜ（成人後）・その他（ ）  
 手術：ソケイヘルニア・その他（ ）
- ② 現在飲んでいるお薬はありますか。 無 ・ 有（ ）
- ③ 喫煙していますか。 無 ・ 有（ 本/日）
- ④ ご主人は不妊治療に協力的ですか。 とても協力的・まあまあ協力的・協力的ではない

## 9. 当院を選んだ理由は何ですか？（複数回答可）

- 紹介（紹介医院： ）  予約を取りやすい
- 知人のすすめ（氏名： ）  費用がリーズナブル
- 妊娠率などの治療成績  ネットの口コミ
- 合理的な診療方針  施設がきれい
- 待ち時間が短い  診療受付時間が長い
- 通院しやすい  医師  看護師  胚培養士の評判
- 職場に近い

## 10. 当院までの所要時間（自宅ないしは職場から）

自宅から

- 徒歩 }  
 バス・電車 } で約 \_\_\_\_\_ 分

職場から

- 徒歩 }  
 バス・電車 } で約 \_\_\_\_\_ 分

※重要な項目ですので、全ての項目を必ず記入して下さい。