

ID

ID

	本人	夫
フリガナ		
氏名		
生年月日	S・H (歳)	S・H (歳)
自宅住所	〒	
自宅電話番号		
携帯番号		
E-mail		
職業		
勤務先名		
勤務先電話番号		

当クリニックから連絡させていただくことがあります。その際はクリニック名を告げてもよいでしょうか？

- はい いいえ(スタッフ個人名でかけてほしい)

当クリニックを何で知りましたか？ 該当するもの全てにチェックを入れてください

- 医師からの紹介(病院名 医師名)
 知人からの紹介
 インターネット(ホームページ・子宝ネット・不妊治療情報センター・その他)
 広告(新聞・雑誌等名)
 駅広告(北大阪急行線千里中央・モノレール千里中央・桃山台・阪急豊中駅)
 電車内広告(モノレール)
 その他()

当クリニックまでの通院は？ 交通手段() 所要時間()

身長 _____ cm 体重 _____ kg

本日、受診された理由は？

- 妊娠しない → 不妊期間 ()年()ヶ月
 流産を繰り返している
 その他 ()

看護師記入欄

BP /
P
KT

月経について

- 最終月経：()月()日～()日間
 月経周期： 順調 ()日型 不順
 初潮年齢： 才
 月経の量： 多い 普通 少ない
 月経痛： 強い 少しある なし

性交渉について 経験あり 経験なし

結婚歴について

- 結婚：(西暦)年()月 離婚：()年()月 再婚：()年()月
 内縁(同棲中)：()年()月 未婚

妊娠歴について

年月	妊娠方法	経過	備考
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産：()週、(経膈・帝王切開) (出生時体重 g) (健在・否) <input type="checkbox"/> 流早産：()週 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍みえた) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠(手術あり・なし)	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産：()週、(経膈・帝王切開) (出生時体重 g) (健在・否) <input type="checkbox"/> 流早産：()週 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍みえた) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠(手術あり・なし)	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産：()週、(経膈・帝王切開) (出生時体重 g) (健在・否) <input type="checkbox"/> 流早産：()週 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍みえた) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠(手術あり・なし)	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産：()週、(経膈・帝王切開) (出生時体重 g) (健在・否) <input type="checkbox"/> 流早産：()週 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍みえた) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠(手術あり・なし)	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産：()週、(経膈・帝王切開) (出生時体重 g) (健在・否) <input type="checkbox"/> 流早産：()週 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍みえた) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠(手術あり・なし)	

問診表-2

これまで病気や手術をしたことがありますか？

- あり
- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|------------|---|
| 1. | 年 | 月 | 才 | (|) | (| 治った・治療中→薬名 |) |
| 2. | 年 | 月 | 才 | (|) | (| 治った・治療中→薬名 |) |
| 3. | 年 | 月 | 才 | (|) | (| 治った・治療中→薬名 |) |
| 4. | 年 | 月 | 才 | (|) | (| 治った・治療中→薬名 |) |
| 5. | 年 | 月 | 才 | (|) | (| 治った・治療中→薬名 |) |
- なし

喘息はありますか？

- あり (発作頻度: 薬名:)
 過去にあった
 なし

緑内障はありますか？

- あり()
 なし

これまで薬・注射・造影剤でアレルギーや副作用が起きたことがありますか？

- あり()
 なし

薬以外でアレルギーが起きたことがありますか？

- あり (ゴム・アルコール綿・金属・食べ物・その他)
 なし

今現在服用中の薬はありますか？

- あり→薬の名前()
 なし

タバコを吸いますか？

- はい(1日 本) いいえ

お酒は飲みますか？

- はい(毎日・ときどき) いいえ

子宮がん検査を受けていますか？

- はい → 最終検査日:()年()月、(異常なし・あり) いいえ

ご家族に病気をされている方はいらっしゃいますか？

- はい → 高血圧(父母・祖父母・兄弟姉妹) 糖尿病(父母・祖父母・兄弟姉妹) 喘息(父母・祖父母・兄弟姉妹)
 ガン(父母・祖父母・兄弟姉妹) 脳出血・脳梗塞(父母・祖父母・兄弟姉妹)
 その他()(父母・祖父母・兄弟姉妹)
- いいえ

☆以下は不妊検査・治療をご希望の方のみ記入してください

性交渉について

- 回数: 1ヶ月に約()回
性交における問題: 性交痛 勃起不全 挿入困難 膣内射精困難 その他()
 なし

これまでに、不妊検査・不妊治療を受けたことがありますか？

- あり (施設名:)
 なし

上記にて、ありと答えた方へ

- どのような検査を受けましたか？
- | | | |
|-------------------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> 超音波検査(エコー) | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 基礎体温 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> クラミジア検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> ホルモン検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 卵管通気・通水 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> フーナーテスト | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 精液検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 抗精子抗体 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 | → | 異常なし・あり() |
| <input type="checkbox"/> その他 | → | 異常なし・あり() |

どのような治療を受けましたか？

- タイミング療法 ()回
 人工授精 ()回
 体外受精 ()回
 顕微授精 ()回
 排卵誘発剤使用 (内服薬: 注射:)
 その他の薬 ()
 腹腔鏡手術 ()年()月(手術内容)
 子宮鏡手術 ()年()月(手術内容)
 その他の手術 ()年()月(手術内容)
 その他 ()

当クリニックで希望する治療は何ですか？

- タイミング療法 人工授精 卵管鏡(FT) 体外受精・顕微授精 検査のみ 相談後に決めたい

これまで体外受精・顕微授精を受けたことのある方は、内容を記入してください

施行年・月	施行病院	種類	卵巣刺激法	採卵数	受精数	移植胚	凍結胚数	結果	備考
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他()			個 初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	