

LD番号

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 年 月 日生( 歳)  
 郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話(連絡先) \_\_\_\_\_  
 ご職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型

- 1 来院された目的(○でお囲みください。複数回答可)  
 一般不妊検査・治療 不育症検査・治療 人工授精 体外受精-胚移植 男性不妊  
 男女産み分け相談 その他( )
- 2 生理:最終月経 月 日より 日間(普通・多・少)  
 周期 日~ 日型 初経 歳 生理痛(有・無)
- 3 今までにかかった主な病気:(○でお囲みください。)  
 心臓病・腎臓病・副腎の病気・肝臓病・結核・高血圧・糖尿病・喘息  
 虫垂炎・てんかん・甲状腺の病気・その他( )
- 4 婦人科の病気:子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫・その他( )
- 5 常用しているお薬: 無・有( )
- 6 アレルギー : 無・有( )
- 7 麻酔経験 : 無・有(麻酔した理由: )  
 麻酔時の異常 : 無・有( )
- 8 造影剤使用経験 : 無・有(造影した理由: )  
 使用時の異常 : 無・有( )
- 9 結婚(西暦 年 月)、離婚、再婚(西暦 年 月)  
 未婚(入籍予定:無・有 年 月 予定)
- 10 妊娠・出産の有無  
 ・自然流産 無・有( 回、西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 妊娠 \_\_\_\_\_ 週)  
 ・人工妊娠中絶 無・有( 回)  
 ・子宮外妊娠 無・有( 年 月、妊娠部位 \_\_\_\_\_ 卵管摘出 無・有(右・左) )  
 ・出産 無・有( 回) 子供さんの数 \_\_\_\_\_ 人健在
- 11 出産の経過(西暦で記入)  
 第1回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
 第2回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
 第3回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
 異常の種類:早産(妊娠 \_\_\_\_\_ 週)・多量出血(輸血の有・無)・吸引分娩・妊娠高血圧症候群(中毒症)  
 帝王切開(適応: \_\_\_\_\_)・その他( \_\_\_\_\_)
- 12 不妊期間について(避妊されていた方はその期間を除いてお答えください)  
 5年以上 2年以上~5年未満 2年未満
- 13 夫婦生活(性交渉)の頻度について  
 ( \_\_\_\_\_ 回)/週 ( \_\_\_\_\_ 回)/月
- 14 不妊治療期間について  
 5年以上 2年以上~5年未満 2年未満
- 15 喫煙歴について、タバコは吸われますか?  
 いいえ はい( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳から喫煙)
- 16 今までに受けた不妊検査について: 無・有  
 基礎体温、子宮卵管造影検査、通水または通気検査、ホルモン(内分泌)検査、精液検査、  
 性交後検査、子宮鏡検査、腹腔鏡検査、免疫学的検査(自己抗体・抗精子抗体など)

- 17 今までに受けた一般不妊治療について： 無 ・ 有  
 自然周期タイミング法、排卵誘発タイミング法（カミド、セビット、HMG注射、FSH注射、HCG注射）、  
 排卵判定キットの使用、黄体ホルモン補充療法、（デュファストリ、ルテール、ヒソリ、プロゲルミン注射）、  
 黄体ホルモン賦活療法（HCG注射）、漢方薬治療（薬名 \_\_\_\_\_）、  
 免疫療法（ステロイド、アズピリン、ナリリ）、その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 18 今までに受けた不妊治療手術について： 無 ・ 有  
 開腹手術 \_\_\_\_\_（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、その他 \_\_\_\_\_）  
 腹腔鏡下手術 \_\_\_\_\_（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、多嚢胞性卵巣、卵管形成及び周囲癒着剥離）  
 子宮鏡下手術 \_\_\_\_\_（粘膜下筋腫、子宮内膜ポリープ、）子宮奇形形成）  
 卵管鏡下手術 \_\_\_\_\_
- 19 今までに受けた高度生殖医療について： 無 ・ 有  
 人工授精（ \_\_\_\_\_ 回）、体外受精一胚移植（ \_\_\_\_\_ 回）、顕微受精一胚移植（ \_\_\_\_\_ 回）  
 配偶子卵管内移植（GIFT）・接合子卵管内移植（ZIFT）、補助孵化療法、肺凍結融解法、  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 20 今までの不妊治療で副作用について： 無 ・ 有  
 薬品名（ \_\_\_\_\_ ）  
 症状： 蕁麻疹・湿疹・めまい・吐き気・便秘・注射部の炎症  
 排卵誘発に伴う治療での副作用  
 症状： 卵巣が腫れた・腹水がたまった・入院や点滴治療を要した  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 21 当院での治療で将来的に体外受精一胚移植までお考えですか？  
 はい いいえ わからない
- 22 当院での検査・治療で特に望まれることはありますか？  
 （ \_\_\_\_\_ ）

以下はご主人に関する質問です。おわかりになる範囲でお答えください。

- 1 ご主人の年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）、健康状況（良・不良）、おたふくかぜ（有・無）
- 2 ご主人のご職業（ \_\_\_\_\_ ）
- 3 ご主人は今まで大きな病気にかかられたことがありますか？  
 （病名： \_\_\_\_\_ 歳のとき）
- 4 ご主人は泌尿器科で不妊治療をお受けになったことがありますか？  
 はい いいえ
- 5 ご主人はあなたが不妊治療を受けていることをご存知ですか？  
 はい いいえ
- 6 ご主人はあなたの不妊治療に対して理解があり、協力的ですか？  
 はい いいえ
- クリニックからお電話にてご連絡させて頂く場合に、クリニックの名前を告げても良いですか？  
 （ 可 ・ 不可 ）
- 前回、子宮頸がん検診を受けられたのはいつ頃ですか？  
 （西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃） 検査結果の異常： 無・有（ \_\_\_\_\_ ）
- 当クリニックでの説明会に参加された事はありますか？ 無・有（一般・体外受精）
- 当クリニックでのカウンセリングを受けられた事はありますか？ 無・有（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 診察希望の医師がありましたらご記入ください。（ \_\_\_\_\_ ）医師
- 天の川レディースクリニックグループ【ひらかた ARTクリニック】と、医療情報(加テ)を共有することにご了承頂きますか  
 （ 承諾 ・ 不要 ）

この用紙は、カルテに添付されます。外部に漏れることは一切ございません。