

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 体外受精一胚移植 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（クロミッド、ピル、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、（デュファストン、ミラール、ヒソソ、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、アビリン、バリン）、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）
- 診察希望の医師がい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(加分)を共有することにご了承頂けますか  
 （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。