

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1～6の質問について回答してください

看護師記入欄

1. ご希望の診療内容

- 体外受精
- 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 月経は順調ですか。 順調 (日～ 日型) ・不順 (日～ 日型)

3. 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。 西暦 年 月 ～ 西暦 年 月
- ③ どのような検査を受けましたか
 - A) 子宮頸がん検査 (2年以内) (正常/異常)
 - B) クラミジア検査 (正常/異常)
 - C) 甲状腺機能検査 (正常/異常)
 - D) 風疹抗体検査 (正常/異常)
 - E) 卵管造影 (通気・通水) 検査 (正常/異常)
 - F) ホルモン検査 (正常/異常)
 - G) フーナーテスト (正常/異常)
 - H) 精液検査 (正常/異常)
 - I) その他 ()
- ④ どのような治療を受けましたか。 **正確にご記入ください。**
 - A) 自費での体外受精 (採卵 回、移植 回)
 - B) 保険での体外受精 (自己注射 有・無、採卵 回、移植 回) ⇒ 前院に凍結胚の残り 個
 ↑ 保険診療で自己注射をされていた方は、初診時に前医での明細書をすべてお持ちください。
 これは、当院で治療をスタートする際に前医で使用していた薬剤を確認する必要がある為です。
 - C) 人工授精 回 ⇒ (保険・自費 → 自己注射 有・無)
 - D) タイミング 回 ⇒ (保険・自費 → 自己注射 有・無)
 - E) その他

4. 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（経膣・帝王）	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（経膣・帝王）	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（経膣・帝王）	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（経膣・帝王）	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

備考

5. 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・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（ ）

6. 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 性交障害（勃起障害や射精困難など）はありますか。 無 ・ 有