

フリガナ
氏名フリガナ
御主人氏名

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

身長: cm・体重: kg BMI()

身長: cm・体重: kg BMI()

血液型: 型 Rh (+・-・不明)

血液型: 型 Rh (+・-・不明)

BP (/) こちらで記入いたします。

住所 〒 (-)

電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

1. 受診理由 (複数回答可)

- a. 子供がほしい (第1子希望・第2子希望) b. 流産を繰り返す c. 月経がこない
d. 不正出血がある e. 性交ができない (勃起不全・射精しない) f. その他 ()

2. 当院で希望する治療は何ですか?

一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精・カウンセリング・その他 ()

3. 出生発育歴、月経歴など (わかる範囲で結構です)

- a. 生まれた時の体重 約 g b. 早産の有無 (あり・なし・不明) c. 初潮年齢: 才
d. 月経周期: 日 (順・不順) e. 出血の平均日数: 日間
f. 月経痛 (なし・軽い・重い) g. 出血量 (多量・中等量・少量)
h. 最終月経: 月 日より、出血 日間持続

4. 結婚歴

結婚年齢: 才 (初婚: S・H 年 月) (離婚: S・H 年 月) (再婚: S・H 年 月)
婚約中・内縁・独身

5. 避妊期間はありますか?

ない ある (年 月 日 ~ 年 月 日 の ヶ月間・年間)

6. 不妊期間 (年 ヶ月)

7. 性生活 1ヶ月の性交回数: 回; 排卵日を (意識している・なんとなく・していない・わからない)

8. 妊娠の経験はありますか? ない ある (今までの妊娠回数 回)

ある方は次にお答えください。(人工中絶 回、自然流産 回、分娩 回)

1. 年 月 妊娠 週 □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 g (男・女・不明)
(歳) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎囊が見えた・心拍がみえた・子宮外妊娠)
2. 年 月 妊娠 週 □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 g (男・女・不明)
(歳) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎囊が見えた・心拍がみえた・子宮外妊娠)
3. 年 月 妊娠 週 □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 g (男・女・不明)
(歳) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎囊が見えた・心拍がみえた・子宮外妊娠)

9. 今まで不妊治療、検査をしたことがありますか？ ない ある
10. 子宮がん検査(頸がん)を受けたことがありますか？ ない ある(最後に受けたのは 年 月)
11. 風疹について
- a. 風疹の予防接種を受けたことがありますか？又は罹ったことはありますか？
受けた(いつ:) ・ 受けていない ・ 罹った(いつ:)
- b. 風疹抗体検査を希望しますか？ 希望する 希望しない
12. 今まで病気や手術をしたことがありますか？(婦人科以外も含めて)
ない ある [病気: 高血圧・糖尿病・肝臓病・ぜんそく・その他()]
(手術:)
13. 喘息の診断を受けたことはありますか？
ない ある→発症(年 月頃) / 現在治療 ない・ある / 最終発作(年 月頃)
14. 最近、健康診断を受けたことがありますか？ ない ある (可能ならば結果をご持参ください)
15. アレルギーはありますか？
・薬剤アレルギー ない ある(薬または注射名:)
・食品アレルギー ない ある(食品名:)
16. 現在、内服している薬はありますか？
ない ある (薬名:)
17. タバコは吸いますか？
はじめから吸わない・禁煙した・吸っている
- | ※禁煙した方 | ※吸っている方 |
|----------------|-------------|
| 喫煙開始年齢()歳 | 喫煙開始年齢()歳 |
| 禁煙した年齢()歳 | 喫煙本数 ()本/日 |
| 禁煙前の喫煙本数()本/日 | |
18. お酒は飲まれますか？
飲まない・ほとんど飲まない・飲む → 頻度: 毎日・週に()回・月に()回
19. 定期的にスポーツされる習慣はありますか？
いいえ ・ はい → どのくらいですか？(月 回)(週 回)(時間程度)
20. 睡眠時間は普段どのくらいですか？ 1日平均睡眠時間 約(時間)

21. お仕事はされていますか？ いいえ はい

はいの方 常勤・パート : 職業 () 勤務時間 (時 ~ 時)

☆通院不可能な曜日、時間帯はありますか？ ない ある ()

22. 当院までの通院時間 約 時間 分 通院手段 (車・電車・バス・自転車・その他)

23. 御主人について

a. 結婚年齢 : 才 (初婚・再婚) 再婚と答えた方 ; 前妻との間の妊娠の有無 (ある・ない)

b. 今まで病気や手術をしたことがありますか？

ない ある [耳下腺炎 (成人後のおたふくかぜ)・副睾丸炎・停留睾丸・糖尿病・高熱疾患・性病
外陰部外傷・幼少時のソ径ヘルニア(脱腸)の手術・その他 ()]

c. タバコは吸いますか？

喫煙したことがない・喫煙経験はあるが、現在は禁煙している・喫煙中 () 本/日

お酒は飲まれますか？

d. 飲まない・ほとんど飲まない・飲む 頻度 : 毎日・週に () 回・月に () 回

e. 職業 ()

24. ご家族について

同居家族 (本人も含めて) () 人

夫・子・義父・義母・実父・実母・その他 ()

ご家族の健康状態 (きょうだいには○をつけてください)

実父 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

実母 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

兄・弟・姉・妹 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

兄・弟・姉・妹 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

兄・弟・姉・妹 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

義父 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

義母 () 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他 () 死別

25. 当クリニックをどうやって知りましたか？

インターネット (検索エンジン又はサイト)、検索用語 ()

Yahoo!, goo, 不妊・未妊サイトなど

主治医の紹介 (病院名 :)・友人知人・看板・雑誌・その他 ()

(他院にて治療経験のある方は問診表2もご記入下さい)