

初診日：平成 年 月 日

フリガナ
お名前

生年月日(S H) 年 月 日(才)

〒

ご住所

お電話番号

領収書 有 ・ 無

- 基礎体温表をつけていますか？ (はい いいえ)
- 現在どのような妊娠活動をしていますか？ (タイミング法・人工授精・体外受精)
- ご結婚されて何年目でしょうか？ ()年
- パートナーのご年齢(才)
- 妊娠を望まれて何年目になりますか？()年

現在不妊治療のためのクリニックに通っていますか？(通院されている場合はクリニック名をご記入ください)

過去に妊娠反応が出たことがありますか？

今までにかかったことのある病気はありますか？

【心疾患 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 自己免疫疾患 ・ 喘息 ・ 神経疾患 ・ 性病】

かかった時期や具体的な現在の状態などをご記入ください

妊娠活動以外で婦人科の治療を受けたことがありますか？ (はい いいえ)

婦人科で治療を受けていた方は症状や現在の状態などをご記入ください

現在、服用しているお薬はありますか？

サプリメントや健康食品など摂取しているものはありますか？

クリニックへ通院されている方へ

ホルモン検査で何か指摘を受けましたか？

その他、検査を受けたことがある方はご記入ください。

子宮鏡検査(正常・異常) 腹腔鏡検査(正常・異常) 子宮卵管造影検査 (正常・異常)
精液検査 (正常・異常) 抗精子抗体(正常・異常) 性交後試験：フーナーテスト(正常・異常)
クラミジア検査(正常・異常) その他()

体外受精にのぞんでいる方へ

凍結卵はありますか？(グレードや凍結日数が分かるようでしたらご記入ください)

移植の経験がありますか？(移植した時期、受精卵のグレードや着床反応の有無などをご記入ください)

男性不妊やその他男性側の問題はありますか？(時期や所見などもご記入ください)

まだ体外受精をされていない方へ

今後、ステップアップを考えていますか？

○月経についてお聞きします

月経周期は何日くらいでしょうか？ ()日くらい

月経期間(出血期間)は何日くらいですか？ ()日くらい

不妊治療をはじめてから月経周期の変化はありますか？ (はい いいえ)

月経痛はありますか？ (はい いいえ)

月経前症状はありますか？ (はい いいえ)

月経前症状がある場合どんな症状がありますか？()

経血の状態に特徴がありますか？ (はい いいえ)

一番最近で月経が始まったのは、いつですか？(年 月 日から 日間)

具体的な経血の特徴・過去と比べての変化などをご記入ください

○全体的なお身体の状況についてお聞きします

過去に大きな病気にかかったことがありますか？ (はい⇒病名 いいえ)

急な体重の増減はありますか？(結婚後や出産後などに) (はい いいえ)

腰痛や頭痛など婦人科以外の痛みがありますか？ (はい いいえ)

睡眠時間は十分に取れていますか？ (はい いいえ)

たばこは吸いますか？ (はい いいえ)

お酒は飲まれますか？ (毎日飲む 時々飲む 飲まない)

運転はされますか？ (毎日する 時々する あまりしない)

トイレの所見について (便秘気味 下痢気味 頻尿 乏尿)

他に何かご質問やご要望、話しておきたいことがありましたらご記入ください