

フリガナ		生年月日	年齢	職業	身長(必須)	体重(必須)
妻氏名		(S・H) 年 月 日	歳		cm	kg
ご住所	〒		連絡先	妻		
				夫		
フリガナ		生年月日	年齢	職業	身長	体重
夫氏名		(S・H) 年 月 日	歳		cm	kg
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚(初婚・再婚) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 あり 年 月頃・なし)			

本日受診された目的 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療(タイミング・人工授精) <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症・着床障害検査 <input type="checkbox"/> 相談のみ希望 <input checked="" type="checkbox"/> 最終子宮がん検診 年 月頃 <input type="checkbox"/> 1年以内に受けていない	月経について ●最終月経 月 日から 日間 ●本日：月経周期 日目 ●月経周期 ~ 日 <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 ●月経は何日間続きますか? 日 ●月経痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひどい ●月経量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い	婦人科系の既往 有・無 年 月 病名： 治療内容 年 月 病名： 治療内容
--	---	--

今まで受けられた治療や検査(おわかりになる範囲で結構です)

<input type="checkbox"/> 検査や治療を受けたことがない <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 年 月 <input type="checkbox"/> 精液検査 年 月 <input type="checkbox"/> 不育着床障害検査 年 月 <input type="checkbox"/> 血液検査 年 月 ※検査データをご持参いただきますと、当院での検査を省略させていただきます。	<input type="checkbox"/> 不妊検査や治療を受けたが詳細不明 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常() <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常() <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常() <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> タイミング療法 回 排卵誘発剤の使用 有 _____ ・ 無 <input type="checkbox"/> 人工授精 回 排卵誘発剤の使用 有 _____ ・ 無 <input type="checkbox"/> 採卵 回 <input type="checkbox"/> 胚移植 回
--	---	--

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵1回目 年 月		<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> 自然周期	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> split	個	<input type="checkbox"/> 移植せず <input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵2回目 年 月		<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> 自然周期	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> split	個	<input type="checkbox"/> 移植せず <input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵3回目 年 月		<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> 自然周期	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> split	個	<input type="checkbox"/> 移植せず <input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞	個	→ 判定結果：		

妊娠・出産について

● 妊娠 _____回 分娩 _____回 帝王切開 _____回 流産 _____回 中絶 _____回

時期	週数	分娩様式	妊娠～産後の特記事項	体重	健康状態	産院名
年 月		経膣・吸引・誘発・帝王切開・中絶・死産	不妊治療 有 ・ 無	g	健・否	
		流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた)				
年 月		経膣・吸引・誘発・帝王切開・中絶・死産	不妊治療 有 ・ 無	g	健・否	
		流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた)				
年 月		経膣・吸引・誘発・帝王切開・中絶・死産	不妊治療 有 ・ 無	g	健・否	
		流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた)				
年 月		経膣・吸引・誘発・帝王切開・中絶・死産	不妊治療 有 ・ 無	g	健・否	
		流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた)				

お体の状態や家族歴について

これまでにかかった病気と時期・手術歴	なし・あり	高血圧/糖尿病/心疾患/腎疾患/肝疾患/甲状腺疾患/てんかん/その他() 病名 _____ 何歳頃 _____
内服中の薬	なし・あり	薬名 _____
輸血	なし・あり	理由 _____
アレルギー	なし・あり	薬() 食べ物() その他() 症状 _____
喘息	なし・あり	最終発作 _____ 歳 _____ 内服や吸入薬の使用 なし・あり→薬品名()
精神科・心療内科受診歴	なし・あり	病名 _____ 何歳頃 _____
飲酒	なし・あり	週に _____ 回
喫煙	なし・あり	1日 _____ 本 _____ 年間
血縁の方の病歴	なし・あり	糖尿病/高血圧/血栓症(脳梗塞)/遺伝疾患/その他() 続柄:()

当院を受診されたきっかけ

知人に勧められて 広告・看板を見て インターネットで見ても instagram を見て
 他院からの紹介 当院産婦人科外来より その他()

マイナ保険証の利用について

当院は診療情報提供を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 ※今まで通り健康保険証でも受診いただけます。

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。

パートナー様へのご質問

治療中の病気 ない ある

年 月 病名：

治療内容：

年 月 病名：

治療内容：

今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

年 月 病名：

治療内容：

年 月 病名：

治療内容：

喫煙歴はありますか？ ない やめた 現在喫煙している（ 本/日）

性機能について

性欲 ある ない

性交渉 できる（ 回/月） 困難

勃起 する しない

射精（腔内） 可能 やや困難 困難

射精（マスターベーション） 可能 やや困難 困難

マイナ保険証の利用について

当院は診療情報提供を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※今まで通り健康保険証でも受診いただけます。

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。