

No. _____

初診日: _____

紹介状:あり・なし 問診担当者:

初めて診療を受ける方へ

フリガナ		生年月日	昭 / 平 年 月 日
お名前		現在の年齢 歳	主婦・医療従事者・会社員・公務員・パート (職種:) 平日受診 可・不可・土日受診のみ

1.本日診察にいらっしゃった理由は？

(1)不妊の相談(2人目希望・融解胚移植希望:移植時期 すぐ希望・ ____月~希望)
(検査をしたい ・ タイミングをみてもらいたい ・ 人工授精がしたい ・ 体外受精がしたい)

(2)月経周期が不順(いつから: 治療歴 あり・なし)

※お子様望まれてないようであれば2・5のみご記入ください

(3)その他()

2 ご自身についてお答えください

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ (当院で測定します)

たばこ:吸う(喫煙歴 _____ 年 _____ 本/日)・吸っていたことがある・吸ったことはない

お酒:飲む(少・ 多)・飲まない

3.結婚歴についてお答えください。

結婚年齢 _____ 歳 結婚(昭 / 平 年 月 結婚期間 _____ 年 _____ カ月)

*入籍されてない場合[婚約中:入籍予定月 _____ ・事実婚(同棲中)・未婚(パートナー有・無)]

※離婚歴(あり _____ 歳 ~ _____ 年間 ・ なし)

4.不妊期間はどれくらいですか？(_____ 年 _____ カ月)

避妊期間 特になし・ある(約 _____ 年 _____ ヶ月 避妊方法:)

5.あなたの月経・性についてお答えください。

(1)最終月経 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

本日 _____ 日目 (月経が来た日が1日目です)

(2)月経周期はどのくらいですか？(月経開始日から次の月経開始前日まで)

_____ 日型(早いと _____ 日周期、遅いと _____ 日周期)

(3)月経痛はありますか？ (なし ・ ある)

(4)月経痛あるとお答えした方・・・痛いとき、お薬飲みますか？

いいえ ・ はい(薬剤名: _____ 時々内服 ・ 毎周期内服)

(5)月経量は多いですか？ 普通 ・ 多い(血液のかたまりが出る) ・ 少ない

(6)性交渉(セックス)の経験はありますか？ はい ・ いいえ

(7)性交痛はありますか？ はい(奥側 ・ 入口側) ・ いいえ

裏面に続きます。

6. 妊娠歴についてお答えください。該当する□に☑記入ください（体外受精をした方は別紙ご記入下さい）

妊娠した 年月	妊娠 した 年齢	妊娠の経緯	パートナーは 現在のご主人 ですか	妊娠の転帰
平成・西暦 ____年 ____月	____歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精(____回で妊娠) <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週
平成・西暦 ____年 ____月	____歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週
平成・西暦 ____年 ____月	____歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週

7. 今までかかった病気や手術についてお答えください。

(1) 婦人科系の病気にかかったことがありますか？

子宮筋腫・内膜症・クラミジア・卵巣嚢腫・その他()

(2) その他の病気にかかったことはありますか？

高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・喘息(最終発作 年 月頃)・精神科疾患・感染症
その他()

(3) 現在服用中の薬はありますか？()

(4) 手術をうけたことがありますか？(円錐切除術、腹腔内手術:子宮筋腫核出術、卵巣嚢腫切除、虫垂炎等)

内容	施行年月	S/H 年 月(歳)
内容	施行年月	S/H 年 月(歳)

(5) 薬や注射、そのほかのアレルギーはありますか？(該当する□に☑を記入ください)

はい【局所麻酔(歯科麻酔)アルコール消毒 抗生剤 その他]-いいえ

8. 受けたことがある不妊検査がありましたらお答えください。

検査名	施行年月	施設名	結果
精液検査	H 年 月		異常なし・あり()
子宮卵管造影	H 年 月		異常なし・あり()
ホルモン検査	H 年 月		異常なし・あり()
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	H 年 月		異常なし・あり()
通気・通水法	H 年 月		異常なし・あり()
抗精子抗体	H 年 月		異常なし・あり()
クラミジア検査(おりもの・採血)	H 年 月		異常なし・あり()
子宮内膜症(CA125)	H 年 月		異常なし・あり()
子宮頸がん検査 (本日の検査希望 あり・なし)	H 年 月		異常なし・あり() 結果待ち

9.不妊治療歴についてお答えください。

以前受けたことがある治療があればお答えください

治療名	施行年月	施設名	回数
タイミング療法 排卵誘発剤の使用(あり・なし)	H 年 月 ~ H 年 月		回
AIH(人工授精)	H 年 月 ~ H 年 月		回
IVF(体外受精)	後ほど別紙お渡し致します		回
ICSI(顕微授精)	後ほど別紙お渡し致します		回
その他()			

10.ご主人(パートナー)について伺います

(1)ご主人の年齢 ____ 歳

職業 _____【夜勤あり・長期不在あり(単身赴任中・長期出張)】

(2)ご主人は初婚ですか? はい・いいえ

(再婚の方:前パートナーの間にお子さんはいますか? いいえ・はい ____人)

(3)性交渉(セックス)は可能ですか? 可能 ・ 不可能 ・ ときどき不可能

→不可能・時々不可能の方のみお答えください(勃起しない・射精しない・途中で萎える)

(4)マスターベーション可能ですか? 可能 ・ 不可能 ・ わからない

(5)大きな病気をしたことがありますか?

いいえ ・ はい: 高血圧・糖尿病・感染症(B型肝炎・C型肝炎・その他: _____)・その他の病気(_____)

(6)現在服用中の薬はありますか? いいえ・はい(_____)

11.当院を受診するきっかけは何ですか(主なものを一つお答えください)

不妊サイトを見て・当院ホームページをみて・雑誌をみて・知人の紹介(_____ 様)

医師からの紹介(病院名: _____)・(職場・自宅)から近いから

12.不妊治療に対する考えについてお答えください。

奥様のみ・ご主人のみ・ご夫婦の考えに当てはまる口(☑)をご記入ください(複数回答可能)

●不妊治療について

今回受診したことはご主人に話していない(奥様のみ)

時間はかかってもなるべく自然妊娠で授かりたい(口奥様 ご主人 ご夫婦)

必要であれば、体外受精等ステップアップを検討している(口奥様 ご主人 ご夫婦)

●費用について

治療費をあまりかけたくない(口奥様 御主人 ご夫婦)

費用にかかわらず最良の治療をしたい(口奥様 ご主人 ご夫婦)

13 現在気になる症状はありますか?

また診療内容などについて確認しておきたいこと、ご希望等ございましたら、ご自由に記入下さい