

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	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	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	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	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