

氏名 _____

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 〒 (-)

※病院から書類を郵送させていただくことがあります。院長名（西川和代）でお送りいたします。

電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

緊急時連絡先 (夫・その他 _____) (- -)

※緊急のご連絡の際に使用いたします。記入のご協力をお願いいたします。

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. 性交経験がない
g. 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: 年 月）（離婚: 年 月）（再婚: 年 月）

現在: 婚姻中・婚約中・事実婚・独身 ※前パートナーとの間の妊娠の有無: ある・ない

5. 避妊期間がありますか？

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（問診表2もご記入下さい）

10. 子宮がん検査（頸がん）をし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 予防接種を受けたことがありますか？ また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 抗体検査を希望しますか？

希望する ・ 希望しない

c 予防接種を希望しますか？

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（大豆・卵・その他食品名： ）

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

喫煙開始年齢（ ）歳

禁煙した年齢（ ）歳

禁煙前の喫煙本数（ ）本/日

※吸っている方

喫煙開始年齢（ ）歳

喫煙本数（ ）本/日

18. お酒は飲みますか？

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・他 ）

23. 御主人について

a. 結婚年齢： 才（初婚・再婚） ※他パートナー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

d. お酒は飲みますか？

飲まない・ほとんど飲まない・飲む 頻度：毎日・週に（ ）回・月に（ ）回

e. 職業（ ）

f. 不妊治療に理解や協力はしてもらえますか？

はい いいえ わからない

g. アレルギーがあればご記入下さい（ ）

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？ Yahoo! Google goo 不妊・未妊サイトなび など

インターネット（検索エンジン又はサイト 、 検索用語 ）

主治医の紹介（病院名： 医師名： ）

友人知人（おさしつかえなければお名前を教えてください： ）

その他（ ）