



20 年 月 日

ふりがな  
お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: (ご自宅) \_\_\_\_\_ / (携帯電話) \_\_\_\_\_

ご職業: \_\_\_\_\_ ご紹介者: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

(以下お伺いする各項目において、当てはまるものにチェック  を付けてください)

1. 現在妊娠を希望してからの避妊なしでの不妊期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

2. ご結婚について教えてください

➢ 結婚していますか  はい \_\_\_\_\_ 年 月 日入籍 ( 歳)

いいえ

予定している \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃に入籍予定

3. 月経について教えてください

➢ 直近3ヶ月の月経開始日

\_\_\_\_\_ 月 日

\_\_\_\_\_ 月 日

\_\_\_\_\_ 月 日 (最終月経日)

➢ 月経周期 (月経が始まった日から次の月経が始まる日の前日まで)

順調  不順 (最短 \_\_\_\_\_ 日間 / 最長 \_\_\_\_\_ 日間)

➢ 月経痛  弱い  普通  強い

➢ 月経量  少ない  普通  多い

4. セックスの経験はありますか  いいえ  はい

セックスの回数は、おおよそ月に \_\_\_\_\_ 回

5. 病気にかかったことはありますか

いいえ  はい (病名: \_\_\_\_\_)

6. 手術を受けたことはありますか

いいえ  はい (病名: \_\_\_\_\_)

7. 現在内服薬 なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

8. 輸血を受けたことがありますか

いいえ  はい

9. アレルギーはありますか (「はい」の場合、以下で当てはまるものに○を付けてください)

いいえ

はい (喘息・鼻炎・花粉症・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・その他 \_\_\_\_\_)

10. 喫煙しますか  いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 本 / 日)

やめた ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本 / 日)

11. 飲酒しますか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 回 / 週)

12. 感染症はありますか

いいえ

はい (梅毒・結核・B型肝炎・C型肝炎・その他: \_\_\_\_\_)

13. 血縁関係のあるご家族に、以下の既往歴をお持ちの方はいますか

(「はい」の場合、当てはまるものを丸で囲んでください)

いいえ

はい (高血圧・糖尿病・がん・血栓・脳疾患・心疾患・肝炎・その他: \_\_\_\_\_)

14. 子宮がん検診を受けたことはありますか

いいえ

はい 直近に受けた検診: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 (結果は、異常あり 異常なし)

15. 神経科、精神科、心療内科、カウンセリング等を受けたことはありますか

いいえ  はい

16. 治療に対するご希望など、具体的に教えてください。

---

17. 妊娠、出産について教えてください。

➤ 妊娠の経験はありますか  いいえ  はい

➤ 出産の経験はありますか  いいえ  はい

● 正常分娩: \_\_\_\_\_ 回

● 帝王切開: \_\_\_\_\_ 回 (帝王切開に至った理由: \_\_\_\_\_)

● 流産: \_\_\_\_\_ 回 (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週) (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週)

● 中絶: \_\_\_\_\_ 回 (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週) (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週)

● 子宮外妊娠: \_\_\_\_\_ 回 (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週) (\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月妊娠 \_\_\_\_\_ 週)

● 死産: \_\_\_\_\_ 回

➤ お子さんがある場合は、妊娠および出産時の詳細について教えてください

	妊娠に至った方法	出産時期 (年/月)	出産時年齢	出産時周期(週)	出産時体重(g)
第1子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				
第2子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				
第3子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				

18. 他院にて不妊治療された方にお伺いします。

今回の妊娠を希望されてから受けた、〈検査〉と〈治療〉の異常有無にチェックを、〈治療〉については実施回数をご記入ください。

※今回の妊娠を希望されてからの治療についてご記入ください(過去の治療は含みません)。

前医 医療機関名 \_\_\_\_\_

〈検査〉

- 子宮卵管造影検査                       異常なし    異常あり  
 ホルモン検査                               異常なし    異常あり  
 性交後検査(ヒューナーテスト)    異常なし    異常あり  
 超音波検査                                   異常なし    異常あり

〈治療〉

- タイミング(    回)                       人工授精(    回)  
 体外受精(    回)                       顕微授精(    回)  
 胚移植(    回)

19. 体外受精、顕微授精を受けられたことがある方は、以下に治療歴を記載してください。

※今回の妊娠を希望されてからの治療についてご記入ください(過去の治療は含みません)

(転医により病院をまたぐ胚移植の回数と年齢は、ご自身で正確な管理が必須となります。保険診療での胚移植の回数について、思い違いによる誤りがあった場合は、後ほど当院規定の自費診療の算定でお支払いをしていただく可能性もございます。

不明の場合は、前医より発行されました診療情報提供書も合わせて受付にご提出ください)

	時期	年齢	保険 / 自費	卵巣刺激法	受精の方法	採卵数	受精卵数	移植卵数	凍結卵数	移植卵の段階
1回目 初回	年 月			<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
2回目	年 月			<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
3回目	年 月			<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
4回目	年 月			<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
5回目	年 月			<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞

凍結胚移植	時期	年齢	保険 / 自費	内膜調整法	移植卵数	移植卵の段階
1回目	年 月			<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
2回目	年 月			<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
3回目	年 月			<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
4回目	年 月			<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞

【パートナーの方についてお伺いさせていただきます】

ふりがな  
お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

ご住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話番号: (ご自宅) \_\_\_\_\_ / (携帯電話) \_\_\_\_\_

ご職業: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

(以下お伺いする各項目において、当てはまるものにチェック✓を付けてください)

1. 射精しますか いいえ はい
2. 勃起しますか いいえ はい
3. 精液検査を受けたことがありますか  
いいえ  
はい(検査を受けた施設名: \_\_\_\_\_)  
異常がある場合は、具体的に教えてください: \_\_\_\_\_)
4. 男性不妊として治療を受けたことがありますか  
いいえ  
はい(検査を受けた施設名: \_\_\_\_\_)
5. 病気にかかったことはありますか  
いいえ  
はい(病名を教えてください: \_\_\_\_\_)
6. 手術を受けたことはありますか  
いいえ  
はい(病名を教えてください: \_\_\_\_\_)
7. 現在内服薬 なし・あり( \_\_\_\_\_ )
8. アレルギーはありますか(「はい」の場合、当てはまるものにマルを付けてください)  
いいえ  
はい(喘息、鼻炎、花粉症、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、その他: \_\_\_\_\_)
9. 喫煙しますか いいえ  
はい ( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 本/日)  
やめた( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日)
10. 飲酒しますか いいえ はい( \_\_\_\_\_ 回/週)
11. 血縁関係のあるご家族に、以下の既往歴をお持ちの方はいますか  
(「はい」の場合、当てはまるものをマルで囲んでください)  
いいえ  
はい(高血圧、糖尿病、がん、血栓、脳疾患、心疾患、肝炎、その他: \_\_\_\_\_)