

日常生活 について	①現在飲んでいるサプリメントはありますか？ <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	栄養士記入欄
	②アルコールは飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(機会飲酒・週数回・毎日)	
	③たばこを吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	

①不妊検査について教えてください。

検査時期	検査内容	病院名	検査結果
年 月	子宮卵管造影検査 (または通水検査)		右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(閉塞・狭窄・卵管水腫・癒着・切除・その他) 左 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(閉塞・狭窄・卵管水腫・癒着・切除・その他)
年 月	精液検査		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常() 精液量()ml 濃度()万/ml 運動率()%
年 月	ヒューナーテスト		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()
年 月	子宮鏡		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
年 月	不育症検査		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
年 月	子宮内膜炎検査		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
年 月			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()

②不妊治療歴について教えてください。

治療期間	病院名	不妊治療歴
年 月から 年 月まで		<input type="checkbox"/> タイミング法 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名) <input type="checkbox"/> 人工授精 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名) <input type="checkbox"/> 体外受精 (*体外受精に☑した方は③の質問にお答えください。)
年 月から 年 月まで		<input type="checkbox"/> タイミング法 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名) <input type="checkbox"/> 人工授精 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名) <input type="checkbox"/> 体外受精 (*体外受精に☑した方は③の質問にお答えください。)

③体外受精の治療内容を教えてください。
■採卵(新鮮胚移植または胚凍結)

採卵時期	卵巣刺激法		正常受精数	採卵数	受精方法		胚の状態		移植胚数 凍結胚数	妊娠 (有・無)
	自然周期・クロミッド ショート法・ロング法 アンタゴニスト法				体外受精 顕微受精 スプリット	分割期胚 胚盤胞				
年 月			個	個		移植) 凍結)	個 個			
年 月			個	個		移植) 凍結)	個 個			
年 月			個	個		移植) 凍結)	個 個			

■凍結胚融解移植

移植時期	子宮内膜調整方法		移植胚の状態		移植胚数	妊娠 (有・無)
	自然周期・レトロゾール ホルモン補充周期		分割期胚 胚盤胞			
年 月					個	
年 月					個	
年 月					個	

ふりがな _____ 身長()cm 体重 ()Kg BMI()
お名前 _____ (生年月日 S・H 年 月 日 歳)
職業 () 単身赴任中 出張あり 夜勤あり 初婚・再婚
①たばこを吸いますか？ 吸わない 吸う(本/日)
②今までにかかった病気はありますか？ (有・無)
高血圧 糖尿病 心疾患 男性不妊(射精障害・勃起不全・精索静脈瘤・その他) その他
(年 月 疾患名: 治療内容・経過:)

受診の
きっかけ

①どのように当クリニックを知りましたか？
病院や医師から紹介 友人や知人から紹介 SNS 当院HP 雑誌・広告 その他 ()