

基本情報	カルテID _____	※スタッフ記入 BMI() BP (/) P()				
	ふりがな _____	身長()cm	体重()Kg			
	お名前 _____ (生年月日 S・H 年 月 日 歳)					
	〒 _____ 住所 _____					
	本人携帯 (- -)	職業 ()				
	夫携帯 (- -)	既婚(初婚・再婚)・未婚(婚約中・内縁)				
来院目的	①当院受診目的を教えてください。 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精希望(採卵周期) <input type="checkbox"/> 凍結胚の移植希望 <input type="checkbox"/> その他() ②治療再開の時期を教えてください。 <input type="checkbox"/> R 年 月頃から治療再開希望 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他()					
月経について	①最終月経はいつですか? _____ 年 月 日から _____ 日間 ②月経は順調ですか? <input type="checkbox"/> はい()日型 <input type="checkbox"/> いいえ					
妊娠・出産 その後の経過 について ※当院治療を お休みしている期 間の経過について 記入してください	①卒乳は済んでいますか? <input type="checkbox"/> 卒乳済み <input type="checkbox"/> 卒乳未(年 月頃予定・未定) ②当院治療で妊娠したお子様の経過、その後の妊娠・出産の経過を記入してください。					
		妊娠方法	妊娠の転帰			特記事項
		自然 人工授精 体外受精	経膈分娩・帝王切開・流産 異所性妊娠・中絶など			妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病 切迫流早産・早産・児の異常など
	年 月		週	性別 (男・女)	出生体重 (g)	
	年 月		週		g	
既往歴	①下記に指摘された病気はありますか? <input type="checkbox"/> 喘息(最終発作 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> 直腸・痔疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> クラミジア感染症(治療済・治療未) <input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜ホリフ° <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌・子宮頸部異型性 <input type="checkbox"/> 子宮内膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ②上記にあてはまる方は、下記にお答えください。					
	病名	発症年齢	受診病院	手術 (無・開腹・内視鏡下)	輸血 (有・無)	内服薬・治療状況
		歳				
		歳				
		歳				
検診について	①子宮頸がん検査を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> 有(年 月 正常・異常) <input type="checkbox"/> 無(本日検査希望あり・後日希望あり・希望なし) ②乳癌検診を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> 有(年 月 正常・異常) <input type="checkbox"/> 無					
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 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)					
アレルギー	①アレルギーはありますか? (有・無) <input type="checkbox"/> 薬剤(薬剤名: _____ 症状: _____) <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他(_____)					
家族について	①ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか? <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 遺伝性疾患(_____)					

パートナー・夫	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 ()	<input type="checkbox"/> 単身赴任中	<input type="checkbox"/> 出張あり	<input type="checkbox"/> 夜勤あり
	①たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う(本/日)	初婚 ・ 再婚
	②今までにかかった病気はありますか？ (有・無)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 男性不妊 (射精障害・勃起不全・精索静脈瘤・その他) <input type="checkbox"/> その他		
	(年 月 疾患名:)	治療内容・経過:)		

※当院に通院していない期間に不妊治療をしていた方のみお答えください。

不妊治療歴 について	①不妊検査について教えてください。(子宮卵管造影検査・通水検査・ヒューナーテスト・子宮鏡・不育症検査・子宮内膜炎検査等)								
	検査時期	検査内容	病院名	検査結果					
	年 月			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()					
	年 月			<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				体外受精 顕微受精				
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				