



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？  
有 ( ) 無

②アルコールは飲みますか？  
飲まない 飲む(機会飲酒・週数回・毎日)

③たばこを吸いますか？  
吸わない 吸う( 本/日)

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。

| 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<br>(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)<br>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( )<br>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<br>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 )<br><input type="checkbox"/> 人工授精 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名 )<br><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<br>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 )<br><input type="checkbox"/> 人工授精 排卵誘発剤(無 回・有 回、薬剤名 )<br><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<br>凍結胚数 | 妊娠<br>(有・無) |
|------|--------------------------------------|-------|-----|-----------------------|-------------|--------------|-------------|
|      | 自然周期・クロミッド<br>ショート法・ロング法<br>アンタゴニスト法 |       |     | 体外受精<br>顕微受精<br>スプリット | 分割期胚<br>胚盤胞 |              |             |
| 年 月  |                                      | 個     | 個   |                       | 移植)<br>凍結)  | 個<br>個       |             |
| 年 月  |                                      | 個     | 個   |                       | 移植)<br>凍結)  | 個<br>個       |             |
| 年 月  |                                      | 個     | 個   |                       | 移植)<br>凍結)  | 個<br>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<br>(有・無) |
|------|-------------------------|-------------|------|-------------|
|      | 自然周期・レトロゾール<br>ホルモン補充周期 | 分割期胚<br>胚盤胞 |      |             |
| 年 月  |                         |             | 個    |             |
| 年 月  |                         |             | 個    |             |
| 年 月  |                         |             | 個    |             |

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 ( ) 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( )