

| 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 ( - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            | 夫携帯 ( - )                    |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
|           | 職業 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 来院目的      | ①当院受診目的を教えてください。<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精希望 <input type="checkbox"/> 不妊検査から希望 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 月経について    | ①はじめての月経はいつですか？ 歳の時<br>②最終月経はいつですか？ 年 月 日から 日間<br>③月経は順調ですか？ <input type="checkbox"/> はい( )日型 <input type="checkbox"/> いいえ<br>④量はどのくらいですか？ <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない<br>⑤月経痛はありますか？ <input type="checkbox"/> あり(鎮痛薬使用 有・無 薬剤名： ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 結婚、妊娠について | ①セックスの経験はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>②ご結婚されていますか？ H・R 年 月 既婚(初婚・再婚)・未婚(婚約中・内縁)<br>③お子様を望んでどの位たちますか？ 約 年 ヶ月位<br>④妊娠した事がある方は記入してください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">年 月</th> <th>妊娠方法</th> <th>妊娠の転帰</th> <th colspan="3">週数</th> <th>性別</th> <th>出生体重</th> <th rowspan="2">特記事項</th> </tr> <tr> <th>自然<br/>人工授精<br/>体外受精</th> <th>経膈分娩・帝王切開・流産<br/>異所性妊娠・中絶など</th> <th>週数</th> <th>性別<br/>(男・女)</th> <th>出生体重<br/>( g )</th> <th>妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病<br/>切迫流産・早産・児の異常など</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> <td>週</td> <td></td> <td>g</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> <td>週</td> <td></td> <td>g</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td></td> <td></td> <td>週</td> <td></td> <td>g</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |                              |             |               |                                  | 年 月 | 妊娠方法 | 妊娠の転帰 | 週数                |             |          | 性別 | 出生体重 | 特記事項 | 自然<br>人工授精<br>体外受精 | 経膈分娩・帝王切開・流産<br>異所性妊娠・中絶など | 週数 | 性別<br>(男・女) | 出生体重<br>( g ) | 妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病<br>切迫流産・早産・児の異常など | 年 月 |  |  | 週 |  | g |  | 年 月 |  |  | 週 |  | g |  | 年 月 |  |  | 週 |  | g |  |
| 年 月       | 妊娠方法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 妊娠の転帰                      | 週数                           |             |               | 性別                               |     | 出生体重 | 特記事項  |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
|           | 自然<br>人工授精<br>体外受精                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 経膈分娩・帝王切開・流産<br>異所性妊娠・中絶など | 週数                           | 性別<br>(男・女) | 出生体重<br>( g ) | 妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病<br>切迫流産・早産・児の異常など |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 年 月       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            | 週                            |             | g             |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 年 月       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            | 週                            |             | 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？<br><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<br><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<br><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)<br><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<br><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<br>②上記にあてはまる方は、下記にお答えください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>発症年齢</th> <th>受診病院</th> <th>手術<br/>(無・開腹・内視鏡下)</th> <th>輸血<br/>(有・無)</th> <th>内服薬・治療状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>歳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                            |                              |             |               |                                  | 病名  | 発症年齢 | 受診病院  | 手術<br>(無・開腹・内視鏡下) | 輸血<br>(有・無) | 内服薬・治療状況 |    | 歳    |      |                    |                            |    |             | 歳             |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 病名        | 発症年齢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 受診病院                       | 手術<br>(無・開腹・内視鏡下)            | 輸血<br>(有・無) | 内服薬・治療状況      |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
|           | 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？<br><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)<br>②乳癌検診を受けたことがありますか？<br><input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 正常・異常 ) <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| 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？<br><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 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |
| アレルギー     | ①アレルギーはありますか？ ( 有・無 )<br><input type="checkbox"/> 薬剤 (薬剤名： 症状： )<br><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 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |                              |             |               |                                  |     |      |       |                   |             |          |    |      |      |                    |                            |    |             |               |                                  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |     |  |  |   |  |   |  |

