

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。 ☐ 体外受精・顕微授精希望 ☐ 不妊検査から希望 ☐ 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？ ☐ はい()日型 ☐ いいえ ③月経痛はありますか？ ☐ あり(鎮痛薬使用 有・無 薬剤名：) ☐ なし					
	①セックスの経験はありますか？ ☐ あり ☐ なし ②ご結婚されていますか？ 既婚（初婚・再婚）・未婚（同居あり・同居なし） ③お子様を望んでどの位たちますか？ 約 _____ 年 _____ ヶ月位 ④お子さんは何人兄弟をえていますか？ ☐ 1人 ☐ 2人 ☐ 3人以上 () 人 ⑤妊娠した事がある方は記入してください。					
		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		週数	性別 (男・女)
					出生体重 (g)	
					妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病 切迫流産・早産・児の異常など	
既往歴	①下記に指摘された病気はありますか？ ☐ 子宮筋腫 ☐ 卵巣のう腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 子宮腺筋症 ☐ 多嚢胞性卵巣症候群 ☐ 子宮腺筋症 ☐ クラミジア感染症(治療済・治療未) ☐ 高プロラクチン血症 ☐ 子宮内膜*リープ ☐ 子宮奇形 ☐ 子宮頸癌・子宮頸部異型性 ☐ 子宮内膜炎 ☐ 婦人科その他 () ☐ 喘息(最終発作 _____ 歳) ☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 自己免疫疾患 ☐ 血液疾患 ☐ 消化性潰瘍 ☐ 炎症性腸疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 脳梗塞・脳内出血 ☐ てんかん ☐ 精神疾患 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 血栓症 ☐ その他 () ②上記にあてはまる方は、詳しい内容を下記にご記入ください。 					
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？ ☐ 有 (_____ 年 _____ 月 正常・異常) ☐ 無 (検査希望あり・検査希望なし) ②乳癌検診を受けたことがありますか？ ☐ 有 (_____ 年 _____ 月 正常・異常) ☐ 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？ ☐ いない ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 静脈血栓塞栓症 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 遺伝性疾患 ()					
アレルギー	①アレルギーはありますか？ (有・無) ☐ 薬剤 (薬剤名： _____ 症状： _____) ☐ 食物 (_____) ☐ アルコール ☐ ラテックス ☐ 花粉 ☐ その他 (_____)					

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

③アルコールは飲みますか？
☐なし ☐飲む(機会飲酒・週数回・毎日)

②現在飲んでいる薬はありますか？
☐有（
）☐無

④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 (または通水検査)		右 ☐ 正常 ☐ 異常(閉塞・狭窄・切除・その他) 左 ☐ 正常 ☐ 異常(閉塞・狭窄・切除・その他)
年 月	精液検査		☐ 正常 ☐ 異常(量が少ない・精子がない・その他) 精液量()ml 濃度()万/ml 運動率()%
年 月	ヒューナーテスト		☐ 良好 ☐ 不良()
年 月	子宮鏡		☐ 正常 ☐ 異常()
年 月	不育症検査		☐ 正常 ☐ 異常()
年 月	子宮内膜炎検査		☐ 正常 ☐ 異常()
年 月			☐ 正常 ☐ 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		☐ タイミング法 (回) ☐ 人工授精 (回) ☐ 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		☐ タイミング法 (回) ☐ 人工授精 (回) ☐ 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)	個	
					凍結)	個	
年 月		個	個		移植)	個	
					凍結)	個	
年 月		個	個		移植)	個	
					凍結)	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	

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

①結婚歴はありますか？ ☐既婚(初婚・再婚) ☐未婚

②たばこを吸いますか？ ☐吸わない ☐吸う(本/日)

③今までにかかった病気はありますか？
☐無 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐血栓塞栓症 ☐悪性腫瘍 ☐遺伝性疾患 (

④男性不妊の内容に心当たりはありますか？
☐射精障害 ☐勃起不全 ☐精索静脈瘤 ☐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 ()