

ID			
申込年月日	西暦 年 月 日		
※ パートナー様の情報もご記入お願いいたします。			
ふりがな 女性 氏名	旧姓()	ふりがな 男性 氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 - 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 ご自身のご住所以外に郵送希望の場合は お名前欄に旧姓のご記入をお願いします	ご住所	〒 - 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 ※同じであれば同左とご記入下さい
ご連絡先	— —	ご連絡先	— —
お持ちの物に ✓をお付け下さい	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 基礎体温表	本日の 医師の ご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→医師名()

今までの妊娠についてお聞かせください → 今までの妊娠回数(回)				
出産・流産 年月日	妊娠に至った経過	出産・流産週数	妊娠経過	児の性別・体重
西暦 年 月 日	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩[<input type="checkbox"/> 経腔・ <input type="checkbox"/> 帝王切開] <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産[<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ・ <input type="checkbox"/> 胎嚢のみ・ <input type="checkbox"/> 胎児心拍確認]	男・女・不明 g
西暦 年 月 日	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩[<input type="checkbox"/> 経腔・ <input type="checkbox"/> 帝王切開] <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産[<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ・ <input type="checkbox"/> 胎嚢のみ・ <input type="checkbox"/> 胎児心拍確認]	男・女・不明 g
西暦 年 月 日	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩[<input type="checkbox"/> 経腔・ <input type="checkbox"/> 帝王切開] <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産[<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ・ <input type="checkbox"/> 胎嚢のみ・ <input type="checkbox"/> 胎児心拍確認]	男・女・不明 g
西暦 年 月 日	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩[<input type="checkbox"/> 経腔・ <input type="checkbox"/> 帝王切開] <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産[<input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ・ <input type="checkbox"/> 胎嚢のみ・ <input type="checkbox"/> 胎児心拍確認]	男・女・不明 g

前回、当院受診後に不妊治療歴はありますか→(はい・いいえ) 治療歴がある方は、以下にご記入ください		
開始年月	治療内容	病院名
西暦 年 月	タイミング()回・人工授精()回・体外受精[採卵()回・移植()回]	
西暦 年 月	タイミング()回・人工授精()回・体外受精[採卵()回・移植()回]	
西暦 年 月	タイミング()回・人工授精()回・体外受精[採卵()回・移植()回]	

身長・体重	(cm) (kg)
最終月経開始日	(西暦 年 月 日)
月経について	月経周期 最短(日)、最長(日) 例：最短25日、最長38日
	月経量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> かなり多い
	月経痛 <input type="checkbox"/> ないか、軽度 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤を時々使用 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤をほぼ毎日使用 <input type="checkbox"/> 時に救急受診
	月経は規則的か <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> しばしば不規則 <input type="checkbox"/> ときに不規則 <input type="checkbox"/> 薬を服用しないと月経がこない
おりものが異常に多いと感じるか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときにある <input type="checkbox"/> 水のようなおりものが多くでる
不正出血について(月経以外の性器出血)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 排卵日付近でよくある <input type="checkbox"/> 高温期によくある <input type="checkbox"/> 時期を問わず頻繁にある
妊娠について	積極的に今回の妊娠を望まれたのはいつ頃ですか…(西暦 年 月～) ご希望の治療開始時期… <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 検査のみ希望 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> (西暦 年 月頃～) ご希望の治療方法… <input type="checkbox"/> 出来るだけ自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精から <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植から
最近大きな病気にかかられましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
1年以内にクラミジア検査を受けましたか? (おりもの検査に限ります)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(西暦 年 月)→(<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし) ※本日検査結果はお持ちですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
1年以内に子宮頸癌の検査を受けたことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(西暦 年 月)→(<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし) ※本日検査結果はお持ちですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ
現在、断乳していますか?	<input type="checkbox"/> 断乳している(西暦 年 月から) <input type="checkbox"/> 断乳予定(西暦 年 月から)
以前の妊娠の際に 甲状腺の病気を指摘されましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→(<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院はしていない)
通院の際、当院のファミリールームを利用されるご予定ですか? (注:1歳以上からご利用いただけます)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

裏面にも問診がございます

<p>今までに使用したことがある薬剤はありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> ルトラール <input type="checkbox"/> レトゾール(フェマーラ)</p> <p><input type="checkbox"/> デュファストン <input type="checkbox"/> プラノバル・ソフィアなどの中用量ピル</p> <p><input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> 低用量ピル</p> <p><input type="checkbox"/> セキソビット</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の薬剤 ()</p>
<p>今までに薬剤でアレルギーなど副作用が起こったことはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 抗生物質……………<input type="checkbox"/> フロモックス <input type="checkbox"/> ホスミン <input type="checkbox"/> オーゲメンチン <input type="checkbox"/> サワシリン</p> <p><input type="checkbox"/> ジスロマック <input type="checkbox"/> ビブラマイシン <input type="checkbox"/> クラリスロマイシン</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> ピル・ホルモン剤…<input type="checkbox"/> ソフィア <input type="checkbox"/> プラノバル <input type="checkbox"/> フリウエル <input type="checkbox"/> ルナベル</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 鎮痛剤……………<input type="checkbox"/> ロキソニン <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 麻酔薬……………<input type="checkbox"/> 薬剤名 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 注射薬……………<input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の薬剤 ()</p> <p><u>どのような症状がでましたか？</u></p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 気分不良</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ショック</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 卵巣の腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>アレルギー症状がでたことはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> 大豆</p> <p><input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 卵</p> <p><input type="checkbox"/> 造影剤(ヨード) <input type="checkbox"/> ピーナッツ</p> <p><input type="checkbox"/> イソジン <input type="checkbox"/> アルコールまたはアルコール綿</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の食品や製品 ()</p> <p><u>どのような症状がでましたか？</u></p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 気分不良</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ショック</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 卵巣の腫れ</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>現在使用している薬・サプリメントはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 葉酸 <input type="checkbox"/> マカ</p> <p><input type="checkbox"/> DHEA <input type="checkbox"/> アルギニン</p> <p><input type="checkbox"/> メラトニン <input type="checkbox"/> コエンザイムQ10</p> <p><input type="checkbox"/> カルニチン <input type="checkbox"/> マルチビタミン</p> <p><input type="checkbox"/> 亜鉛 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>現在医師に禁止されている薬剤はありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p>禁止されている薬剤名</p> <p>()</p>
<p>今まで内診のときに気分不良等症状がでたことはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 失神</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>人体図譜(臓器の絵)を見て気分不良等症状がでたことはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 失神</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>今まで注射や採血で気分不良等症状がでたことはありますか？</p> <p>(はい ・ いいえ)</p>	<p><input type="checkbox"/> 注射… <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> 採血… <input type="checkbox"/> 気分不良 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> 実施は問題ないが恐怖心がある</p>