

申込年月日	西暦 年 月 日			
ID	※ 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			ふりがな	
女性氏名	旧姓()		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	〒 - 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	〒 - ※ <input type="checkbox"/> 左記と同じ住所であれば✓をお付け下さい
ご連絡先	— —		ご連絡先	— —
結婚	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 事実婚(同居) <input type="checkbox"/> 結婚予定 ※結婚、あるいは同居開始日(西暦 年 月)		国籍	ご本人様、パートナーの方で外国籍の方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい→(本人・パートナー) <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> 院長 <input type="checkbox"/> 副院長 <input type="checkbox"/> 女性医師

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) ※妊娠反応のみは含みません					
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	病院名
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"/> 経産・ <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"/> 胎囊のみ・ <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"/> 経産・ <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"/> 胎囊のみ・ <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"/> 経産・ <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"/> 胎囊のみ・ <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"/> 経産・ <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"/> 胎囊のみ・ <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→ 自宅に結果が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
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→ 自宅に結果が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
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

<p>今までに使用したことがある薬剤はありますか？ (はい ・ いいえ)</p>	<p> <input type="checkbox"/>ルトラール <input type="checkbox"/>レトロゾール(フェマール) <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 <input type="checkbox"/>クロミッド <input type="checkbox"/>低用量ピル <input type="checkbox"/>セキンピット <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？ (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"/>ホスミシン <input type="checkbox"/>オーグメンチン <input type="checkbox"/>サワシリン <input type="checkbox"/>ジスロマック <input type="checkbox"/>ピプラマイシン <input type="checkbox"/>クラリスロマイシン <input type="checkbox"/>その他 () <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 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>鎮痛剤……………<input type="checkbox"/>ロキソニン <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>麻酔薬……………<input type="checkbox"/>薬剤名 () <input type="checkbox"/>注射薬……………<input type="checkbox"/>HCG <input type="checkbox"/>排卵誘発剤 <input type="checkbox"/>その他 () <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 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>ショック <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>卵巣の腫れ <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？ (はい ・ いいえ)</p>	<p> <input type="checkbox"/>ゴム製品 <input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>ラテックス <input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>造影剤(ヨード) <input type="checkbox"/>ピーナッツ <input type="checkbox"/>イソジン <input type="checkbox"/>アルコールまたはアルコール綿 <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 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>ショック <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>卵巣の腫れ <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？ (はい ・ いいえ)</p>	<p> <input type="checkbox"/>エレビット <input type="checkbox"/>亜鉛 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>葉酸 <input type="checkbox"/>マカ <input type="checkbox"/>DHEA <input type="checkbox"/>アルギニン <input type="checkbox"/>メラトニン <input type="checkbox"/>コエンザイムQ10 <input type="checkbox"/>カルニチン <input type="checkbox"/>マルチビタミン </p>
<p>現在医師に禁止されている薬剤はありますか？ (はい ・ いいえ)</p>	<p>禁止されている薬剤名 ()</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？ (はい ・ いいえ)</p>	<p> <input type="checkbox"/>気分不良 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>失神 <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？ (はい ・ いいえ)</p>	<p> <input type="checkbox"/>気分不良 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>失神 <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？ (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 () <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 () <input type="checkbox"/>実施は問題ないが恐怖心がある </p>