ID ※当院記入			
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		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	〒　　－ ※ □　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	□未婚　□初婚　□再婚　□事実婚（同居）　□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？ □はい→（ 本人 ・ パートナー ）　□いいえ
お持ちの物に ✓をお付け下さい	□紹介状　□検査結果　□基礎体温表	本日の 医師の ご希望	□ご希望なし　□院長　□副院長　□女性医師

今回受診された目的 （複数可）		□妊娠しない　□卵管造影検査を受けたい　□未婚だが妊娠するか不安 □卵巣年齢を調べたい　□子宮卵巣に異常がないか調べたい　□流産が不安
身長・体重		（　　cm）（　　kg）
1日の喫煙量について		□しない　□5本以内　□15本未満　□15本以上
パートナーについて	喫煙	□しない　□する
	精液検査歴	□ない　□ある→（ 西暦　　年　　月 ）→（ □異常あり　□異常なし ）
	常用薬	□ない　□ある→（　　）
	治療中の病気	□ない　□ある→（　　）常用薬（　　）
基礎体温について	記録しているか	□はい　□いいえ
	心配なことはあるか	□ない　□排卵日が分かりにくい　□高温相が低い　□高温相になりづらい　□高温相が短い
月経について	最終月経開始日	（西暦　　年　　月　　日）
	月経周期	最短（　　日）、最長（　　日）　例 ： 最短25日、最長38日
	月経量	□少ない　□ふつう　□多い　□かなり多い
	月経痛	□ないか、軽度　□鎮痛剤を時々使用　□鎮痛剤をほぼ毎日使用　□時に救急受診
	月経は規則的か	□規則的　□しばしば不規則　□ときに不規則　□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		□ない　□ときにある　□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）		□ない　□排卵日付近でよくある　□高温期によくある　□時期を問わず頻繁にある
半年以内に卵巣年齢の検査 （抗ミュラー管ホルモン）を受けたか		□はい　□いいえ
ご家族について （祖父母、両親、兄弟姉妹）		糖尿病の方はいますか…□はい　□いいえ 染色体の異常、遺伝病を指摘された方はいますか…□はい　□いいえ
今回の妊娠について		結婚後（同居後）に避妊していた期間はありますか…□いいえ　□はい→（　　年　　ヶ月） 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…□今すぐ　□検査のみ希望　□未定　□（西暦　　年　　月頃～） ご希望の治療方法…□出来るだけ自然妊娠　□人工授精から　□体外受精・胚移植から　□医師と相談 ご希望の血液検査範囲…□できるだけ必要な検査　□必要最小限の検査　□卵巣年齢検査のみ　□医師の意見を聞きたい
性生活について		□順調　□あるが少ない　□医師から妊娠許可なし　□性交痛強く、性交困難 □パートナーがED（勃起障害）　□パートナーに（腟内）射精障害
お仕事について		□していない　□会社員（フルタイム）　□会社員（パート）　□教職員 □自営業　□看護師　□医師　□（医師・看護師以外の）病院勤務　□その他
おおよその来院可能な日時		□いつでも来院可　□平日は夕方以降のみ　□平日は午前のみ来院可　□来院可能日が不規則 □月曜終日　□火曜終日　□水曜終日　□木曜終日　□金曜終日　□土曜午前
受診したきっかけ		□主治医の紹介　□友人知人の紹介　□インターネット　□ホームページ　□雑誌広告
通院について		通院時間（　　分）→□電車　□自家用車　□自転車　□徒歩
クリニックからの郵便物		□当院規定の封筒で郵送可　□登録住所以外に郵送　□クリニック名を伏せて郵送　□窓口受取希望

既往歴について 当てはまるものに ✓をお付けください	☐該当なし
	〈婦人科〉 ☐クラミジア感染 ☐多のう胞性卵巣症候群 ☐子宮内膜症 ☐子宮筋腫 ☐卵巣のう腫 ☐早発閉経 ☐その他（　　）
	〈婦人科以外〉 ☐血栓症 ☐アトピー性皮膚炎 ☐甲状腺機能低下症 ☐甲状腺機能亢進症 ☐甲状腺腺腫 ☐眼圧が高い ☐緑内障 ☐過換気 ☐パニック障害 ☐血が止まりにくい ☐貧血 ☐小児喘息 ☐その他（　　）
今までに鎮痛剤を使用したことは ありますか？	☐いいえ　☐はい→（ ☐ボルタレン坐薬 ☐アスピリン ☐ロキソニン ☐カロナール ） ☐その他・市販薬含む（　　）
喘息の既往がおありの方	上記薬剤(鎮痛剤)を喘息と 診断**後**に使用歴あり→☐ 診断**前**に使用歴あり→☐
献血や手術、出産などで 血液型を調べた事がありますか？	☐いいえ　☐はい
風疹について	☐既往歴あり　☐風疹ワクチン接種済→（ ☐接種後抗体あり　☐接種後抗体検査未 ） ☐風疹の抗体が32倍以上ある　☐定かではない　☐その他（　　） **<u>※本日検査結果はお持ちですか？</u> ☐はい　☐いいえ** → 自宅に結果が ☐ある ☐ない
現在も治療中の疾患は ありますか？	☐いいえ　☐はい（　　）

手術をされたことが ある方はご記入ください	手術年	手術名	病院名
	西暦　　年		
	西暦　　年		

クラミジア検査を 受けたことはありますか？ （おりもの検査に限ります）	☐いいえ　☐はい（ 西暦　　年　　月 ）→（ ☐異常あり ☐異常なし ） **<u>※本日検査結果はお持ちですか？</u> ☐はい　☐いいえ** → 自宅に結果が ☐ある ☐ない
子宮頸癌の検査を 受けたことはありますか？	☐いいえ　☐はい（ 西暦　　年　　月 ）→（ ☐異常あり ☐異常なし ） **<u>※本日検査結果はお持ちですか？</u> ☐はい　☐いいえ** → 自宅に結果が ☐ある ☐ない

今までの検査歴を お聞かせください	検査名	実施時期	結果
	卵管造影検査	西暦　　年　　月	☐異常なし　☐異常あり　☐不明
	通水検査	西暦　　年　　月	☐異常なし　☐異常あり　☐不明
	通気検査	西暦　　年　　月	☐異常なし　☐異常あり　☐不明

今までに不妊治療歴はありますか→（ はい ・ いいえ ） ※**<u>治療歴がある方は、以下にご記入ください</u>**

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］	
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］	

今までの妊娠についてお聞かせください → **<u>今までの妊娠回数（　　回）※妊娠反応のみは含みません</u>**

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	☐分娩[☐経腟・☐帝王切開] ☐死産 ☐子宮外妊娠 ☐流産[☐胎嚢のみ・☐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	☐分娩[☐経腟・☐帝王切開] ☐死産 ☐子宮外妊娠 ☐流産[☐胎嚢のみ・☐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	☐分娩[☐経腟・☐帝王切開] ☐死産 ☐子宮外妊娠 ☐流産[☐胎嚢のみ・☐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	☐分娩[☐経腟・☐帝王切開] ☐死産 ☐子宮外妊娠 ☐流産[☐胎嚢のみ・☐胎児心拍確認]	男・女・不明 g	

他院で体外受精をされた事のある方へ 他院に凍結胚は残っていますか？	☐いいえ　☐はい→（個数:　　）（病院名:　　）

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 ）	□ルトラール　□レトロゾール（フェマーラ） □デュファストン　□プラノバール・ソフィアなどの中用量ピル □クロミッド　□低用量ピル □セキソビット □上記以外の薬剤（　　）
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 ）	□抗生物質・・・・・・・・□フロモックス　□ホスミシン　□オーグメンチン　□サワシリン □ジスロマック　□ビブラマイシン　□クラリスロマイシン □その他 （　　） □ピル・ホルモン剤・・□ソフィア　□プラノバール　□フリウェル　□ルナベル □その他 （　　） □鎮痛剤・・・・・・・・・・□ロキソニン　□その他（ □麻酔薬・・・・・・・・・・□薬剤名（　　） □注射薬・・・・・・・・・・□HCG　□排卵誘発剤　□その他（　　） □上記以外の薬剤（　　） <u>どの様な症状がでましたか？</u> □発熱　□気分不良 □下痢　□ショック □嘔吐　□卵巣の腫れ □めまい　□その他 （　　）
アレルギー症状が でたことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）	□ゴム製品　□大豆 □ラテックス　□卵 □造影剤（ヨード）　□ピーナッツ □イソジン　□アルコールまたはアルコール綿 □上記以外の食品や製品 （　　） <u>どの様な症状がでましたか？</u> □発熱　□気分不良 □下痢　□ショック □嘔吐　□卵巣の腫れ □めまい　□その他 （　　）
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 ）	□エレビット　□亜鉛　□その他 （　　） □葉酸　□マカ □DHEA　□アルギニン □メラトニン　□コエンザイムQ10 □カルニチン　□マルチビタミン
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 ）	禁止されている薬剤名 （　　）
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 ）	□気分不良　□嘔吐 □めまい　□失神 □その他 （　　）
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 ）	□気分不良　□嘔吐 □めまい　□失神 □その他 （　　）
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 ）	□注射・・・・□気分不良　□めまい　□嘔吐　□失神　□その他（　　） □採血・・・・□気分不良　□めまい　□嘔吐　□失神　□その他（　　） □実施は問題ないが恐怖心がある

体外受精の治療歴について

※当院で体外受精の治療歴がある方は、記入不要です。

※ 当てはまるものに〇をおつけください。
※ 個数がお分かりの場合は数字もご記入ください。

保険診療で移植をしたことはありますか？　☐ はい（　　）回　　☐ いいえ

治療法（　　年　　月）		採卵数	授精方法	受精数	胚移植	移植数	凍結数	妊娠の有無
採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然（クロミッド・フェマーラ） 不明	個 不明	一般体外 顕微授精 どちらも 不明	個 不明	全ての胚を凍結 初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植 SEET法 不明	個 不明	個 不明	陰性 血液陽性 流産 出産
凍結胚移植	ホルモン周期 自然周期 不明							

治療法（　　年　　月）		採卵数	授精方法	受精数	胚移植	移植数	凍結数	妊娠の有無
採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然（クロミッド・フェマーラ） 不明	個 不明	一般体外 顕微授精 どちらも 不明	個 不明	全ての胚を凍結 初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植 SEET法 不明	個 不明	個 不明	陰性 血液陽性 流産 出産
凍結胚移植	ホルモン周期 自然周期 不明							

治療法（　　年　　月）		採卵数	授精方法	受精数	胚移植	移植数	凍結数	妊娠の有無
採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然（クロミッド・フェマーラ） 不明	個 不明	一般体外 顕微授精 どちらも 不明	個 不明	全ての胚を凍結 初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植 SEET法 不明	個 不明	個 不明	陰性 血液陽性 流産 出産
凍結胚移植	ホルモン周期 自然周期 不明							

治療法（　　年　　月）		採卵数	授精方法	受精数	胚移植	移植数	凍結数	妊娠の有無
採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然（クロミッド・フェマーラ） 不明	個 不明	一般体外 顕微授精 どちらも 不明	個 不明	全ての胚を凍結 初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植 SEET法 不明	個 不明	個 不明	陰性 血液陽性 流産 出産
凍結胚移植	ホルモン周期 自然周期 不明							

治療法（　　年　　月）		採卵数	授精方法	受精数	胚移植	移植数	凍結数	妊娠の有無
採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然（クロミッド・フェマーラ） 不明	個 不明	一般体外 顕微授精 どちらも 不明	個 不明	全ての胚を凍結 初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植 SEET法 不明	個 不明	個 不明	陰性 血液陽性 流産 出産
凍結胚移植	ホルモン周期 自然周期 不明							