

注: □には、当てはまる項目にチェック✓を付けてください

■ご自身のことに関して記入ください

氏名 _____ 才 生年月日 S・H 年 月 日
 住所 _____ 電話番号 _____
 職業 _____ 携帯 _____
 身長 _____cm 体重 _____kg 喫煙 しない・している(I日 本)
 結婚歴 未・既婚(S・H 年 月結婚) 今まで産婦人科を受診したことが 有・無
 不妊期間(そろそろ子供をと思い始めてからどの位経っていますか?) _____年 _____か月

■ご主人(婚約者)について

年齢 _____才 職業 _____
 仕事の時間帯 規則的・不規則・夜勤有り
 生活上のストレス 無・有

■生理について

初潮 _____才
 生理周期 整(_____日周期)・不順
(注)生理周期とは生理開始日~次の生理開始日までの期間
 生理の量 多い・普通・少ない
 最近の生理開始日 _____月 _____日から _____日間
 その前の生理開始日 _____月 _____日から _____日間
 今まで妊娠したことは? 無・有(詳細を下の表に記入)

■既往歴 今まで指摘された疾患があればチェックを

- 高血圧 腎疾患 性病
- 心疾患 糖尿病 アレルギー疾患
- 肺疾患 甲状腺疾患 婦人科疾患
- 肝疾患 血液疾患 精神疾患
- その他 ()
- 特になし

*服用中の薬()

■手術歴(帝王切開も含む 流産・中絶は除く)

	診断名	手術名	輸血
1	才		有・無
2	才		有・無
3	才		有・無

■薬剤等のアレルギーがあれば記載を

- なし ピリン系 ペニシリン アルコール
- 抗生剤(薬剤名)
- その他(薬剤名)

■過去に不妊治療を受けたことが 無・有

*以下は、今まで不妊検査・治療経験がある方のみ記載ください

■今までの受けたことがある検査・治療に✓をし結果を教えてください

卵管造影検査

右: 正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・他()
 左: 正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・他()

精液検査

正常 精子減少症 精子無力症(運動率が悪い)
無精子症
 具体的なデータが分かれば記入ください
 精液量 _____ml 濃度 _____万/ml
 運動率 _____% 奇形率 _____%

ヒューナーテスト(性交後検査)

良好 やや不良 不良 その他()

タイミング療法

自然周期によるタイミング _____回
 最終施行時期 _____年 _____月
卵巣刺激周期によるタイミング _____回
 最終施行時期 _____年 _____月

人工授精(AIH)

自然周期によるタイミング _____回
 最終施行時期 _____年 _____月
卵巣刺激周期によるタイミング _____回
 最終施行時期 _____年 _____月

体外受精

体外受精 _____回 顕微授精 _____回
新鮮胚移植 _____回 凍結胚移植 _____回
 妊娠 _____回(超音波で胎嚢が確認できた回数)
 化学的流産 _____回(妊娠反応のみで超音波で胎嚢が確認出来なかった回数)

■妊娠歴 これまでの妊娠をすべて記載ください(中絶・流産を含みます)

	例	例	1	2	3	4	5	6
年・月	H18・3	H20・5						
不妊治療		あり						
週数w	6W	8W						
中絶								
流産		○						
胞状奇胎								
子宮外妊娠	○							
正常分娩								
帝王切開								
中毒症								
医療機関名	A市 ○○病院	B医院						