

3. 妊娠・出産・生存児についてご記入ください。

① 妊娠したことはあります（ はい ・ いいえ ） ※妊娠したことがある方は下記についてご記入ください。

	年 月	週 数	経 過	流産の場合にご記入下さい 流産の状態	病院名
1	年 月	週	1.分娩(自然・帝王切開) 2.流産 3.早産 4.死産 5. 中絶	妊娠反応のみ・胎嚢が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	
2	年 月	週	1.分娩(自然・帝王切開) 2.流産 3.早産 4.死産 5. 中絶	妊娠反応のみ・胎嚢が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	
3	年 月	週	1.分娩(自然・帝王切開) 2.流産 3.早産 4.死産 5. 中絶	妊娠反応のみ・胎嚢が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	

② 現夫との妊娠回数 _____ 回、出産回数 _____ 回

4. 生活習慣、既往歴についてご記入ください。

① 1年以内に子宮がんの検査を受けていますか。
子宮がん（頸部・体部） → 受けていない ・ 受けた（異常なし・異常あり）
※ 異常ありの方は、治療内容をご記入ください（ ）

② 薬や食物のアレルギーはありますか。 いいえ ・ はい（薬品または食品名：_____）

③ 喘息はありますか。 いいえ ・ はい（現在治療中・治療なし・発作時のみ治療）

④ 現在内服している薬はありますか。 いいえ ・ はい（薬品名：_____）

⑤ 輸血したことはありますか。 いいえ ・ はい（ ____年__月 理由：_____）

⑥ 飲酒の習慣はありますか。 いいえ ・ はい（□毎日 □時々 _____ml/日
ビール・日本酒・ワイン・焼酎・その他_____）

⑦ 喫煙の習慣はありますか。 いいえ ・ はい（ _____本/日）

⑧ 下記の婦人科などの病気をしたことがありますか。 いいえ ・ はい ⇒⑩へ
(1)子宮 ・ (2)卵巣 ・ (3)乳房 ・ (4)甲状腺

⑨ 下記のような病気をしたことがありますか。 いいえ ・ はい ⇒⑩へ
がん ・ 心疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ てんかん ・
自己免疫疾患（リウマチなど） ・ 感染症（B型肝炎・C型肝炎・クラミジア・ヘルペスなど） ・
精神疾患 ・ その他（ _____ ）

⑩ ⑧・⑨で「はい」の場合、詳しい内容を下記にご記入ください。

病 名	年齢	入院の有無	手術の有無	病院名	経 過
	歳	あり・なし	あり・なし		治療なし・治療中・ 経過観察
	歳	あり・なし	あり・なし		治療なし・治療中・ 経過観察
	歳	あり・なし	あり・なし		治療なし・治療中・ 経過観察

5. 当院の医療行為の一部（輸血・輸液・薬など）を、宗教上または他の理由により拒否しますか。
 拒否しません 拒否します（理由： _____ ）

6. 下記についてご記入ください。

① 今後の治療に関することについて、お答えください。

性生活 : 1ヶ月の性交回数 (約____回)

自覚症状 : なし ・ あり (性交痛 ・ しぼると母乳が出る ・ 急激な体重増減
・ 手が震える ・ その他 ())

② 今まで受けた不妊検査についてお答えください。

受けたことがない ・ 受けたことがある (施設名:)

※ 受けたことがある検査とその結果について、該当する方に丸をつけてください。

- (1)基礎体温 (正常 ・ 異常) (2)子宮卵管造影 (正常 ・ 異常)
 (3)卵管通気・通水 (正常 ・ 異常) (4)ホルモン検査 (正常 ・ 異常)
 (5)フーナーテスト (正常 ・ 異常) (6)子宮鏡検査 (正常 ・ 異常)
 (7)腹腔鏡検査 (正常 ・ 異常) (8)精液検査 (正常 ・ 異常)

③ 今まで受けた不妊治療についてお答えください。

受けたことがない ・ 受けたことがある (施設名:)

※ 受けたことがある治療と回数についてご記入ください。

- (1)タイミング法 (____回)
 (2)ホルモン療法 (飲み薬法____回、お注射法____回、その他____)
 (3)人工授精 (自然周期____回、ホルモン補充周期____回)
 (4)体外受精 (____回)、顕微授精 (____回)、凍結融解胚移植 (____回)

※体外受精・顕微授精および凍結融解胚移植の治療内容を下の表にわかる範囲でご記入ください。

	実施年月	内容	卵巣刺激法	採卵数	受精数	移植数	凍結数	移植	結果	施設名
1		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> ロング・ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然・飲み薬のみ					<input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 分割卵 <input type="checkbox"/> 移植中止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 妊娠せず	
2		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> ロング・ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然・飲み薬のみ					<input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 分割卵 <input type="checkbox"/> 移植中止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 妊娠せず	
3		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> ロング・ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然・飲み薬のみ					<input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 分割卵 <input type="checkbox"/> 移植中止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 妊娠せず	
4		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> ロング・ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然・飲み薬のみ					<input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 分割卵 <input type="checkbox"/> 移植中止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 妊娠せず	
5		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> ロング・ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然・飲み薬のみ					<input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 分割卵 <input type="checkbox"/> 移植中止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 妊娠せず	

不妊治療歴

その他

7. 当院に対するご要望がありましたら、ご記入ください。

ご記入は以上です、ありがとうございました。