

氏名・フリガナ () 連絡先の電話 ()

年齢 () 住所 (〒)

身長 () 体重 () 職業 (専業主婦 会社員 その他)

夫 (パートナー) の年齢 () 職業 ()

夫 (パートナー) の健康状態 (健康 持病あり) 服薬あり ()

結婚は 西暦 年 月 (初婚 再婚 未婚)

今回子供をつくろうと思ってからどれくらいになりますか 不妊期間 年 ヶ月

今まで妊娠したことがありますか (いいえ はい) 妊娠したことがある方は今までの妊娠について記入して下さい

年 月 妊娠 週 分娩 (経膈 帝王切開) (出生体重 g) 流産 子宮外妊娠 人工中絶

年 月 妊娠 週 分娩 (経膈 帝王切開) (出生体重 g) 流産 子宮外妊娠 人工中絶

年 月 妊娠 週 分娩 (経膈 帝王切開) (出生体重 g) 流産 子宮外妊娠 人工中絶

年 月 妊娠 週 分娩 (経膈 帝王切開) (出生体重 g) 流産 子宮外妊娠 人工中絶

分娩された方で最後の分娩後母乳は (ない ある 年 月まで) 分娩後最初の月経は 年 月

基礎体温をつけていますか (つけている 以前はつけていた つけたことがない)

一番最近の月経は 月 日から 日間 以下には最近1年くらいの状態を記入してください

月経から次の月経までの周期は (日から 日ぐらい) (ほぼ順調 以前から不順 最近不順になってきた)

一回の月経は通常何日間ぐらい続きますか (日から 日ぐらい)

月経時の痛みは (ない 弱い 強い かなり強い) 鎮痛剤服用 (ない 時々 常に)

排卵時期に性交のタイミングを合わせていますか (だいたい合わせている 特に合わせていない 排卵時期がわからない)

性交時問題を感じていますか (特になし 痛みがある 性交不可 勃起障害 射精障害 その他)

2年以内に子宮癌検査を受けたことがありますか

(ない ある 子宮頸部のみ 子宮体部のみ 両方 年 月 市民検診票利用 ない ある)

5年以内に風疹の検査を受けたことが (ない ある 抗体価 1.6倍以下 3.2倍以上 不明)

喫煙は (ない ある 本/1日) 手足の冷えは (ない 時々ある 常にある)

高血圧、糖尿病、片頭痛などを指摘されたことがありますか (いいえ はい)

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか (いいえ はい)

現在常用している薬はありますか (いいえ はい 薬剤名)

今まで薬や注射で副作用がでたことがありますか (いいえ はい 薬剤名)

副作用の内容 ()

その他のアレルギー (ない 金属 ゴム手袋 花粉 食品 その他)

不妊検査治療について (全くわからない 少し知っている よく知っている)

夫 (パートナー) に不妊検査治療について (話をしている 話をしていないが今後する予定 今後も話をする予定はない)

仕事などで通院できない曜日や時間帯があれば記入して下さい。また現在気になっていることや今後の不妊検査治療に関してのご希望や

ご質問があれば記入して下さい。 他院で不妊検査治療を受けたことがある方は問診2に、反復流産の方は問診3に記入して下さい。