

太枠内のみ、わかる範囲で、黒または青のボールペン・マジックでお書きください。

ID :

夫 ID :

フリガナ 氏名：	生年月日：	19	年	月	日
		20	年		
〒	-	住所：			
電話：（ ）	-	勤務先名称：			
緊急連絡先：（ ）	-	続柄			
身長： cm	体重： kg	血液型 型 (Rh(+).(-))			
結婚：なし・あり（ 歳）		離婚：なし・あり（ 歳）			
<<月経歴>> 初潮： 歳 閉経： 歳 周期： 日					
持経： 日間 月経痛：-・+・++ 過多月経：-・+・++					
*最終月経（1番最近の生理）： 月 日から 日間					
<<妊娠歴>>					
出産経験： 回（ 歳）		自然流産 回（ 歳）			
子宮外妊娠： 回（ 歳）		人工妊娠中絶 回（ 歳）			
<<今までにかかった病気、または現在、治療されている病気について>>					
婦人科疾患 なし・あり⇒子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・機能性出血					
外陰コンジローマ・クラミジア					
カンジダ膣炎・外陰ヘルペス・その他					
婦人科手術					
なし・あり⇒子宮筋腫核出術（ 歳）・子宮全摘出術（ 歳）					
卵巣嚢腫摘出術(右・左・両側/全部・一部)（ 歳）					
円錐切除術（ 歳）					
帝王切開術（ 歳）・子宮外妊娠手術（ 歳）					
避妊手術（ 歳）					
その他の手術 なし・あり⇒（ ）					
<<持病はありますか>>					
なし・あり( )					
<<アレルギーはありますか？>>					
なし・あり( )					

フリガナ 氏名： (ご主人)	生年月日：	19	年	月	日
		20	年		
電話：（ ）	-	勤務先名称：			
<<不妊治療を他院で受けられたことがありますか？>>					
なし…（ご夫婦で子作りスタートはいつからですか？）					
あり…（治療はいつから（いつまで）ですか？）					
※ありとお答えの方は、今まで受けた検査全てに○をつけてください。					
採血（ホルモン検査・感染症・抗精子抗体・AMH（アンチミュラー管ホルモン））					
子宮卵管造影・通水検査・クラミジア検査・子宮内膜日付診・子宮鏡検査					
・精液検査・その他（ ）					
→何か検査で指摘を受けましたか？					
（ ）					
<<今までに受けた治療、治療年月を教えてください>>					
タイミング法（排卵誘発なし： 回、あり： 回）					
人工授精（排卵誘発なし： 回、あり： 回）					
（タイミング・人工授精で使用した排卵誘発剤名： ）					
体外受精（体外： 回、顕微： 回、新鮮胚移植： 回、凍結胚移植： 回）					
→体外受精で行ったことのある卵巣刺激法に○をつけてください。					
□法・ショート法・低刺激法・自然・アタゴニスト法・その他（ ）					
<<子宮がん検診を受けたことはありますか？>>					
なし・あり(最後に受けたのは 年 月 )					
<<女性ホルモン剤（ピルなど）を使用したことはありますか？>>					
なし・あり					
<<喫煙はしますか？>>					
なし・あり(1日の本数： 喫煙年数： )					
<<飲酒はしますか？>>					
なし・あり(頻度： 量： )					