

妊娠をご希望の方へのおたずね

ご記入日：(西暦) 年 月 日

ふりがな 必須		生年月日 必須	(西暦)	年	日
お名前 必須			月	日	
ご住所 必須	〒				
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()				
電話番号					
携帯番号 必須					

上記以外の緊急連絡先 (ご本人様以外)					
ふりがな 必須		続柄 必須			
お名前 必須					
電話番号 必須					

1. 月経について

1. 初潮の年齢 _____ 歳
2. 月経が始まってから次の月経が始まるまでの日数 _____ ~ _____ 日
3. 月経の持続日数 _____ ~ _____ 日
4. 月経痛は強いですか。
 寝込むほど痛む かなり痛む 少し痛む 殆どない
5. 最後の月経はいつから始まりましたか。 _____ 月 _____ 日
6. 最後の月経は何日間続きましたか。 _____ 日間
7. ピルの服用歴はありますか。
 あり 期間： _____ 薬の種類： _____
 なし

II. ご結婚と性生活について

1. 現在の結婚されたときのご年齢 _____ 歳
2. 婚姻関係について 法律婚 事実婚
3. パートナーのご年齢 _____ 歳
4. 避妊をされずに妊娠されない期間 _____ 年 _____ ヶ月
5. 性交障害 あり なし

III. これまでの妊娠について

- これまで、妊娠されたことはありますか。 あり なし
- 流産 あり (_____ 回、 _____ 年頃) なし
- 中絶 あり (_____ 回、 _____ 年頃) なし
- 出産 あり (_____ 回、 _____ 年頃) なし
- 子宮外妊娠 あり (_____ 回、 _____ 年頃) なし

IV. アレルギーの有無

- ① 食物アレルギー あり なし

内容： _____

- ② 薬物アレルギー あり なし

アルコール イソジン 抗生物質 (種類： _____)

その他 (_____)

V. 今までかかったことのある病気について

該当するものがあれば✓(チェック)のうえご記入ください。

		いつ(時期)	内容/服用薬等
<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患		
<input type="checkbox"/>	糖尿病		
<input type="checkbox"/>	自己免疫疾患		
<input type="checkbox"/>	ぜんそく		
<input type="checkbox"/>	性感染症		
<input type="checkbox"/>	緑内障		

		いつ（時期）	内容/服用薬等
<input type="checkbox"/>	子宮内膜症		
<input type="checkbox"/>	その他病名①		
<input type="checkbox"/>	その他病名②		
<input type="checkbox"/>	その他病名③		
<input type="checkbox"/>	手術歴①		
<input type="checkbox"/>	手術歴②		
<input type="checkbox"/>	手術歴③		

※補足すべき事項があれば以下にご記入ください。

VI. お薬について

1. 過去に以下のお薬を使用されたことはありますか。

- ロキソニン ポルタレン ポルタレン坐薬

2. 現在、服用されているお薬はありますか。

- ある ない

服用されている場合、そのお薬の名前を書いてください。※お薬手帳があればご提示ください。

VII. これまで不妊の検査・治療を受けられたことはありますか。

①検査について

該当するものがあれば✓（チェック）のうえご記入ください。

※検査データのコピーがあればご提示ください。

	種類	いつ（時期）	結果
<input type="checkbox"/>	子宮頸癌検査		<input type="checkbox"/> NILM
<input type="checkbox"/>	クラミジア検査		<input type="checkbox"/> 陰性
<input type="checkbox"/>	ホルモン基礎値		
<input type="checkbox"/>	甲状腺機能検査		<input type="checkbox"/> 正常

	種類	いつ（時期）	結果
<input type="checkbox"/>	風疹抗体検査		<input type="checkbox"/> 正常
<input type="checkbox"/>	感染症検査		<input type="checkbox"/> 正常
<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影		<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/>	通水検査		<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/>	子宮鏡検査		<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/>	不妊症血液検査		<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/>	AMH（卵巣年齢）		数値：

②治療内容について ※治療内容は該当するものに「回数」をご記入ください。

受診期間	医療機関名	タイミング	人工授精	体外受精	顕微授精	胚移植

※保険診療での胚移植のご経験がある方は、別紙「胚移植治療歴申告書」をご記入ください。

VIII. 当クリニックでの検査・治療などご希望・ご要望について

「着床前遺伝学的検査（PGT）」を希望されますか。

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 検査について知りたい

IX. パートナー（男性）の治療歴・薬の服用について

- ① 精液検査 実施： _____ 年 _____ 月 未検

※検査データのコピーがあればご提示ください。

- ② 服用中の薬の有無 あり（種類： _____ ） なし

※お薬手帳があればご提示ください。

- ③ 既往歴・過去の手術

いつ（時期）	病名・手術内容

問診は以上です。以下、ご来院に関するアンケートにご協力ください。

- ① 当クリニックをどちらでお知りになりましたか。

- 1 インターネット （ Yahoo Google その他）
- 2 SNS （ Instagram Twitter Facebook）
- 3 ブログ
- 4 雑誌（雑誌名： _____ ）
- 5 その他（ _____ ）

- ② 当クリニックを選ばれた理由をお教えてください。※複数回答可

- 1 他医療機関からの紹介
- 2 親族・知人の紹介
- 3 家／職場から近いから
- 4 駅から近いから
- 5 治療成績
- 6 平日夜間診療があるから
- 7 土日祝診療があるから
- 8 口コミが良かったから
- 9 その他（ _____ ）

以上、ご協力ありがとうございました。