

# 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 <b>必須</b>		生年月日 <b>必須</b>	(西暦)	年	日
お名前 <b>必須</b>				月	日
ご住所 <b>必須</b>	〒				
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 <b>必須</b>					

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

当クリニックをどちらでお知りになりましたか。

- インターネット (  Yahoo  Google  その他 )
- SNS (  Instagram  Twitter  Facebook )
- ブログ
- 雑誌 (雑誌名：)
- その他 ( )

本日、これまで他医療機関で行った治療の検査データをお持ちですか。

- はい
- いいえ

※1年以内の検査データがありましたらコピーをご持参ください。

1年以内のデータがない場合は、最新のデータのみご持参ください。

## I. 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

## II. ご結婚と性生活について

1. 結婚されたときのご年齢 \_\_\_\_\_ 歳
2. 避妊の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月
3. 避妊をされていた場合、その方法 \_\_\_\_\_
4. セックスの頻度 \_\_\_\_\_
5. 避妊をされずに妊娠されない期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

## 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。  ある  ない
- 流産  ある ( \_\_\_\_\_ 回、 \_\_\_\_\_ 年頃)  ない
- 中絶  ある ( \_\_\_\_\_ 回、 \_\_\_\_\_ 年頃)  ない
- 出産  ある ( \_\_\_\_\_ 回、 \_\_\_\_\_ 年頃)  ない
- 子宮外妊娠  ある ( \_\_\_\_\_ 回、 \_\_\_\_\_ 年頃)  ない

#### IV. 今までかかったことのある病気について

甲状腺疾患  ある  ない

糖尿病  ある  ない

自己免疫疾患  ある  ない

ぜんそく  ある  ない

→ ある場合、吸入器など服用中の薬があればご記入ください。

( )

性感染症  ある  ない

緑内障  ある  ない

その他、かかったことがある場合、どのようなご病気ですか。(時期と病名をご記入ください。)

(記入例) 2022年5月 子宮頸部異形成 (CIN2)

---

アレルギー  ある  ない

アレルギーがある場合、どのようなアレルギーですか。

---

手術の経験  ある  ない

ある場合、どのような手術ですか。(時期と手術名もしくは内容をご記入ください。)

(記入例) 2021年10月 子宮筋腫切除

## V. 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                       ボルタレン                       ボルタレン坐薬

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。

## VI. パートナーについて

- 結婚                       未婚                       事実婚

1. パートナーのご年齢 \_\_\_\_\_ 歳

2. パートナーがこれまでかかったご病気がありましたらご記入ください。

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。

- ある                       ない

ある場合、その検査・治療の内容について該当するものにチェックしてください。

### 【1. 検査の内容】

- 子宮卵管造影       通水検査               子宮鏡検査               フーナーテスト  
 感染症血液検査       甲状腺ホルモン検査       不妊症血液検査

●その他、検査についてご記入ください。

**【2. 治療の内容】**

- タイミング療法（            回）             人工授精（            回）  
 体外受精             顕微授精             胚移植（            回）

※体外受精・顕微授精のご経験がある方は、別紙「体外受精・顕微授精治療歴に関するお伺い」をご記入ください。

※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。

●その他、治療についてご記入ください。

---

---

---

---

---

**VIII. 不妊の原因について心配なこと、調べて欲しいことがありますか。**

---

---

---

---

---

---

---

---

**IX. 当クリニックでの検査・治療に関するご希望についてお聞かせください。**

一般的な不妊検査、治療のご希望、人工授精、体外受精、顕微授精などのご希望もお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---