

フリガナ			(性別) 男性 ・ 女性
氏名			(生年月日) T・S・H 年 月 日生
住所	(〒 -)		府・県 市・郡
			利用交通機関() 最寄駅()
	(自宅TEL)	(携帯)	
勤務先			(電話)
診療内容	挙児希望 ・ 不妊症 ・ 流産 ・ 不育症 ・ 体外受精 ・ その他 ()		
	更年期 ・ フトック ・ プライバルティク		
	一般婦人科 ()		
当クリニックを	知人 ・ 医療機関よりの紹介 ()		
知ったのは	新聞 ・ 雑誌 ・ テレビ ・ ラジオ ・ Web(パソコン ・ 携帯)の(当院のHP ・ 病院リスト		
(複数でもOを)	本(著書・他の本) ・ 電話帳 ・ 看板 ・ その他 ()		
フリガナ			
ご主人様	様	(生年月日) T・S・H	年 月 日生
勤務先			(電話)
			(携帯)

フリガナ
ご氏名

身長 _____ cm

体重 _____ kg

1) 本日はどのようなことで、ご来院されましたか。

年齢 満 _____ 歳

()

※上記について、他院にて検査、治療等がありましたら、下記に具体的にお書きください。

(尚、お子様をご希望の方は、別紙の不妊アンケートに、ご記入ください。)

()

2) 月経は順調ですか。各項目を○囲み又は記入ください。

- ① 順調 ・ 不順 (月経周期 _____ 日型)
- ② 最終月経はいつでしたか。(いつもより少量の方は、前回の月経日を記入)
(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 日間)
- ③ 月経痛 (有・無) ④ 初潮 (_____ 歳) ⑤ 閉経 (_____ 歳)

3) 過去に大きな病気、手術等の既往がありましたらご記入ください。(有・無)

例：子宮筋腫 虫垂炎 など

()

4) アレルギーのある方はご記入ください。(有・無)

喘息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 その他 (_____)
【薬品名 _____ 】 【食べ物 _____ 】

5) 感染症はありますか。(有・無) 例：梅毒、結核、肝炎など (_____)

6) 今までにセックス経験はありますか。(有・無)

7) 結婚されていますか。未婚 既婚(昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日結婚・再婚)

8) 妊娠の経験はありますか。(有・無)

①分娩は何回ですか。年月もご記入ください。

正常分娩 _____ 回(昭和・平成 _____ 年 _____ 月) (昭和・平成 _____ 年 _____ 月)
帝王切開 _____ 回(昭和・平成 _____ 年 _____ 月) (昭和・平成 _____ 年 _____ 月)

理由：

②流産(自然) _____ 回(昭和・平成 _____ 年 _____ 月/妊娠 週) (昭和・平成 _____ 年 _____ 月/妊娠 週)

理由：

③人工妊娠中絶 _____ 回(昭和・平成 _____ 年 _____ 月/妊娠 週) (昭和・平成 _____ 年 _____ 月/妊娠 週)

9) ご兄弟、ご家族の方に以下のご病気はありますか。(有・無)

高血圧 糖尿病 癌 (_____) 脳卒中 肝炎 その他 (_____)

10) 本日来られたあなたの 勤務先 自宅は、当院の近くですか。(近い・遠い)

11) その他にご相談されたいことがございましたら、ご記入ください。

(_____)

氏名 _____ 様

ご住所 _____

1) 当クリニックでの診療につきまして、ご希望されていることがありましたら、
○印でお答えください。(複数回答可です。)

1. 不妊症検査のみを受けたい。(治療は望んでいない。)
2. 不妊症検査と治療を受けたい。
3. 人工授精を希望している。
4. ART(体外受精 顕微授精)を希望している。
5. 男性不妊の治療をしてほしい。(精子の治療 勃起不全の治療)
6. 流産・不育症の原因を調べて、予防・管理をしてほしい。
7. その他(_____)

2) 過去・現在の不妊検査・治療歴(注射、薬、人工授精、体外受精等、具体的に)について受けた年月、病院、内容等を詳しくお書きください。

妻 (有 ・ 無)

不妊症検査(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) (_____ 病院)
不妊症治療(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) (_____ 病院)
<input type="checkbox"/> 注射・薬剤治療 (_____)
<input type="checkbox"/> タイミング法 (_____ 回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (_____ 回)
<input type="checkbox"/> 体外受精 (_____ 回) <input type="checkbox"/> 顕微授精 (_____ 回)

夫 (有 ・ 無)

検査・治療(_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) (_____ 病院)
<input type="checkbox"/> 精液検査(_____) <input type="checkbox"/> 精巣生検(_____)

2) 避妊期間
有 ・ 無 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

3) 夫婦生活 (性生活)
回数 (週 ・ 月 _____ 回)