

【ご本人】

フリガナ

氏名 _____ 生年月日：西暦 年 月 日 (歳)
 身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI※記載不要 () BP※記載不要 (/)
 職業： _____ (以前の職業： _____)
 携帯電話： _____ ・ご自宅： _____

※結婚されている方は、パートナーについても記載をお願いします。

【パートナー】

フリガナ

氏名 _____ 生年月日：西暦 年 月 日 (歳)
 職業： _____ 携帯電話： _____

1. 希望する治療に○をつけるか、本日の来院目的を () に記載してください。
 不妊相談・検査 / タイミング療法 / 人工授精 / 体外受精・顕微授精
 卵子凍結 / 精子凍結 / その他 ()

2. 今までに不妊治療・検査をしたことがありますか？
 ない あるいは (治療内容)

※他院にて治療経験のある方は、問診票2も記載してください

3. 月経について、分かる範囲で記載してください。
 ①月経周期： _____ 日～ _____ 日 (整・不整) ②月経痛 (なし・軽い・重い)
 ③月経量 (多量・中等量・少量) ④最終月経： _____ 月 _____ 日より、出血 _____ 日間持続

4. 結婚について記載してください。
 結婚年齢： _____ 歳 (初婚：西暦 _____ 年 _____ 月) (離婚：西暦 _____ 年 _____ 月) (再婚：西暦 _____ 年 _____ 月)
 婚約中 ・ 内縁 ・ 独身

※卵子凍結・精子凍結をご希望の方は、以下の記入は不要です。

5. 性交渉について
 今までに _____ ない _____ ある

6. あなたの健康状態について以下の内容を記載してください。

①アレルギーはありますか？

・薬剤アレルギー _____ ない _____ ある (薬または注射名： _____)
 ・卵アレルギー _____ ない _____ ある ・大豆アレルギー _____ ない _____ ある
 ・その他 (_____)

②今までに病気や手術をしたことがありますか？現在治療中の病気も記載してください。

_____ ない _____ ある (病名： _____ 手術： _____ 時期：西暦 _____ 年 _____ 月)

- ③内服中の薬はありますか？ ない ある (薬名: _____)
- ④喫煙していますか？ はじめから吸わない ・ 禁煙した ・ 吸っている (1日 本)
- ⑤お酒は飲みますか？ 飲まない ・ ほとんど飲まない ・ 飲む

7. 妊娠の経験はありますか？ ない ある (今までの妊娠回数 _____ 回)
 妊娠・分娩について年代順に記載してください。

①西暦	年	月	治療歴	無・有 (タイミング・人工授精・体外受精)
<input type="checkbox"/> 分娩 (妊娠	週/		g) 経産・帝王切開、 <input type="checkbox"/> 中絶、 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認)、 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
②西暦	年	月	治療歴	無・有 (タイミング・人工授精・体外受精)
<input type="checkbox"/> 分娩 (妊娠	週/		g) 経産・帝王切開、 <input type="checkbox"/> 中絶、 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認)、 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
③西暦	年	月	治療歴	無・有 (タイミング・人工授精・体外受精)
<input type="checkbox"/> 分娩 (妊娠	週/		g) 経産・帝王切開、 <input type="checkbox"/> 中絶、 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認)、 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	

8. 子宮がん検診を受けたことがありますか？ ない ある (最後に受けたのは (西暦) _____ 年 _____ 月)

9. パートナーについて

- ①結婚年齢: _____ 歳 (初婚・再婚) 再婚の方: 前妻との間の妊娠の有無 (ある・ない)
- ②今までに病気や手術をしたことがありますか？
 ない ある (病名: _____ 時期: 西暦 _____ 年 _____ 月)
- ③喫煙していますか？ はじめから吸わない ・ 禁煙した ・ 吸っている (1日 本)