

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 | | | |

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 ()

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 ()

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。

- 1 はい
- 2 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。

「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

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

不妊治療のご経験がある方は、「受診医療機関名」と「治療内容」についてお聞かせください。

↓治療内容は該当するものに「回数」をご記入ください。

| 受診医療機関名 | タイミング療法 | 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。

過去に受けられた検査で該当するものがある場合は、✓（チェック）をつけてください。

- 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 不育症血液検査

●その他、過去の治療内容で特記すべきことがありましたらご記入ください。

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。
