

# 予診票 (1)

秘

ふりがな

お名前

〒

ご住所

生年月日 S. H. 年 月 日( 歳)

電話番号

ご職業

携帯番号

身長( cm) 体重( kg)

※検査結果のご報告など急なご連絡が必要な場合もありますので  
差し支えなければ携帯番号のご記入もお願い致します。

## 夫・パートナー

ふりがな

電話番号

お名前

ご職業

夜勤(あり、なし) 長期出張(あり、なし)

生年月日 S. H. 年 月 日( 歳)

病気・手術歴(なし、あり( ))

身長( cm) 体重( kg)

タバコ(吸う、吸わない) お酒(飲む、飲まない)

本日も来院  
された理由

簡潔かつ具体的にご記入下さい。

下記の該当する項目に○をして下さい。

1. 結婚はされていますか ( はい ( S. H. R. 年 月 )、いいえ )
2. 結婚後、避妊期間はありますか ( ある ( ヶ月)、ない )
3. 排卵日の意識はありますか。 ( ある、ない )
4. 1ヶ月何回くらい夫婦生活がありますか。 ( 回 )
5. 夫婦生活について相談がありますか。 ( ある ( 性交障害、勃起障害、射精障害)、ない )
6. 治療についてご希望はありますか。

- A. ある
- タイミング指導のみ希望
  - 状況を見ながらステップアップを希望
  - (人工授精、体外受精、顕微授精)を希望
  - その他( )

B. ない

7. 今までに不妊治療歴はありますか。

A. ある (病院名: )

- 内分泌検査 (異常あり・なし)(ある場合は )
- 子宮卵管造影(異常あり・なし)(ある場合は )
- 精液検査 (異常あり・なし)(ある場合は )
- その他検査 (異常あり・なし)(ある場合は )
- 人工授精 ( 回 )
- 体外受精・顕微授精 →該当する場合は予診票(3)もご記入下さい。
- 凍結・融解胚移植 →該当する場合は予診票(3)もご記入下さい。

B. ない

裏へ続きます。

# 予 診 票 (2)



1. 月経歴

初潮 ( 歳)、最終月経 ( 年 月 日より 日間)

月経周期 ( 順調、不順 ) ( 日型)

→ 不順の方は、短い時で( 日型)、長い時で( 日型)

持続( 日間)、量( 多、中、少 )

月経痛( -、±、+、下腹部痛、腰痛、頭痛、薬を飲むことがある(薬名: ))

月経前に種々の症状がある ( 下腹部痛、頭痛、いらいら、その他( ))

2. 妊娠したことがありますか。 ( ある・ない )

3. 妊娠したことがある方は、全ての妊娠の経過を下の表にご記入下さい。

	生年月日	週数	自然妊娠	治療周期	人工中絶	自然流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	早産	正常分娩	吸引分娩	鉗子分娩	帝王切開	妊娠・分娩時 その他の異常	児所見	病院名
1	年 月 日	週													♂・♀ g	
2	年 月 日	週													♂・♀ g	
3	年 月 日	週													♂・♀ g	
4	年 月 日	週													♂・♀ g	
5	年 月 日	週													♂・♀ g	

4. 今までに病気や手術をしたことがありますか。

病気 A. 高血圧 B. 心臓病 C. 腎炎 D. 肺炎 E. 甲状腺疾患 F. 糖尿病

G. 喘息 H. 貧血 I. ( )癌 J. その他( )

手術 A. 子宮筋腫 B. 子宮外妊娠 C. 卵巣腫瘍 D. 帝王切開 E. 虫垂炎

F. その他( ) 手術日: S. H. R. 年 月 日

5. 輸血を受けたことがありますか。( はい ( S. H. R. 年 月)、いいえ )

6. 薬や注射でアレルギー反応を示したことがありますか。( ある ( )投与時、いいえ )

7. 現在飲んでいる薬はありますか。( ある(薬品: )、いいえ )

8. タバコ( 吸う、吸わない ) お酒( 飲む、飲まない )

9. 子宮頸癌検診を受けたことはありますか。( はい、いいえ )

→はいの方、最終検診日( H. R. 年 月)、異常( なし、あり ( ))

10. 不妊治療以外で婦人科的に気になることはありますか。あれば具体的に記入下さい。

# 予 診 票 (3)



体外受精・顕微授精・凍結-融解胚移植を受けたことがある方はこの予診票にもご記入下さい。  
過去の治療についてお分かりになる範囲で大丈夫ですのでご記入をお願い致します。

## ①体外受精・顕微授精を受けたことがある方へ

	年/月	卵巣刺激 方法 (排卵誘発)	受精の方法	採卵数	受精 卵数	移植 胚数	凍結 胚数	移植方法	病院名
1 回 目	/	<input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 自然・クロミッド <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 体外+顕微授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	
2 回 目	/	<input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 自然・クロミッド <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 体外+顕微授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	
3 回 目	/	<input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 自然・クロミッド <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 体外+顕微授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	
4 回 目	/	<input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 自然・クロミッド <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 体外+顕微授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	

## ②凍結-融解胚移植を受けたことがある方へ

	年/月	移植周期	移植胚数	移植方法	病院名
1 回 目	/	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	
2 回 目	/	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	
3 回 目	/	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 二段階	