

氏名: 年齢: 歳 職業: 身長: cm 体重: kg

- 1) 本日はどのようなことで受診されますか ○をつけて下さい
- |               |          |                 |            |
|---------------|----------|-----------------|------------|
| ①不妊症(妊娠希望)    | ②不育症     | ③性交障害           | ④妊娠        |
| ⑤不正出血がある      | ⑥生理不順    | ⑦下腹部痛           | ⑧生理日をずらしたい |
| ⑨癌検診・頸癌ワクチン希望 | ⑩婦人科検診   | ⑪ブライダル・不妊予防チェック | ⑫性感染症の検査   |
| ⑬子宮筋腫         | ⑭子宮内膜症   | ⑮おりもの(におい 量が多い) | ⑯外陰部のかゆみ   |
| ⑰外陰部の湿疹       | ⑱しこりが触れる | ⑲頻尿             | ⑳尿失禁       |
| ㉑貧血           | ㉒更年期障害   | ㉓セカンドオピニオン      | ㉔その他       |

詳細を記入して下さい(①については裏面に記入して下さい)

例) ⑬33歳時他院にて指摘され注射で治療中

[ ]

- 2) 生理の様子について
- 一番最近の生理: 年 月 日 ~ 年 月 日 初潮: 歳 閉経: 歳
- 出血の量: 多・中・少 月経困難: 無・有 ( 下腹部痛・腰痛・ )
- 経過: 順・不順 (どのように不順: ) ( その他( ) )
- 周期: 日型 生理時常用薬: 無・有 ( )
- 持続日数: 日間 基礎体温表: 無・有

- 3) 過去の病気、持病について 例) 30歳(病名:高血圧 治療:内服中)
- 病 気: 無・有 歳 (病名: 治療: ) アレルギー
- 歳 (病名: 治療: ) 喘息: 無・有
- 手 術: 無・有 歳 (病名or手術名: ) 食物: 無・有 ( )
- 歳 (病名or手術名: ) 薬物: 無・有 ( )
- 輸 血: 無・有 歳 (病名or手術名: ) その他: ( )
- クラミジア感染既往歴: 無・有
- HPV子宮頸癌既往歴: 無・有

- 4) 現在の状態、その他について
- 食 欲: 良・不良 睡 眠: 良・不良
- 便 秘: 無・有 ( 日に1回 ) 飲 酒: かなり・時々
- 喫 煙: 無・有 (1日 本) 常用薬: ( )
- 性交経験: 無・有
- 子宮癌検診を受けたことは: 無・有 ( 年 月 結果 )
- 結 婚: 既婚 歳の時 離婚 歳の時 再婚 歳の時
- 未 婚 セックスパートナー: 無・有 (特定・複数 人)
- 夫またはパートナー: 現在 歳 何か症状や病気はありますか 無: 有 (症状・病気を記入して下さい)

- 5) 過去に妊娠したことがありますか : 無・有 (以下に記入して下さい)
- ① 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他( ))
- 自然流産( 週)・中絶( 週)・胎状奇胎・子宮外妊娠
- ② 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他( ))
- 自然流産( 週)・中絶( 週)・胎状奇胎・子宮外妊娠
- ③ 年 月 正常分娩・異常分娩(帝王切開・吸引分娩・その他( ))
- 自然流産( 週)・中絶( 週)・胎状奇胎・子宮外妊娠

- 6) 家族または血縁の方で次のような病気にかかった方はいますか (数字を記入して下さい)
- ①癌 ②高血圧 ③糖尿病 ④肝炎 ⑤結核
- ⑥婦人科疾患 ⑦精神病 ⑧遺伝疾患 ⑨奇形 ⑩その他(病名: )
- 祖父( ) 祖母( ) 父( ) 母( ) 兄弟( ) 姉妹( )

- 7) 他に何か症状や医師に質問がありましたらお書き下さい
- [ ]

# 不妊症既往歴

結婚 昭・平 年 月 年齢:本人 歳・夫 歳

避妊期間(避妊期間があれば必ず記入して下さい) 年 ヶ月

不妊期間(不妊期間があれば必ず記入して下さい) 年 ヶ月

他院にて通院された方にお聞きします

今まで治療してきた病院等での不妊原因は何と診断されましたか

1 子宮卵管造影 ( 年 月実施 正常・異常)

医師からの説明などを記入して下さい {

2 基礎体温 (正常・異常) {

3 精液検査 (正常・異常) {

4 頸管粘液検査 (正常・異常) {

5 ヒューナーテスト(正常・異常) {

6 腹腔鏡検査 ( 年 月実施 正常・異常) {

7 その他 {

今までに受けた主な治療法は何ですか

1 AIH( 回)

2 クロミフェン治療( 周期)

3 HMG療法( 周期)

4 通水・通気

5 体外受精( 回)

6 GIFT( 回)

7 その他 {

これまでに受けた治療方法や検査結果で疑問や不安があれば記入して下さい

今までに治療していた主な病院名(できれば)と治療期間を記入して下さい

1 ( 年 月～ 年 月)

2 ( 年 月～ 年 月)

3 ( 年 月～ 年 月)

4 ( 年 月～ 年 月)

その他何かございましたらご記入して下さい