

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			紹介者	
	住所			
電話番号	()	-		
職業	_____日 / 週 , 1日 _____時間 (夜勤 有 / 無)			
既往歴				
妊娠歴	流産 / 出産 / 死産 / 中絶			

■ご結婚されたのはいつですか？

西暦 20__年__月

■不妊治療について伺います

・開始したのはいつですか？ 西暦 20__年__月 クリニック名(_____)

・今までに行った治療について当てはまる番号に○をつけてください

1. タイミング指導 2. 人工授精 (_____ 回) 3. 体外受精 (_____ 回)

* 今後の予定 内容 (_____) 時期 (_____)

■以下検査において異常のあったものに○をつけてください

血液検査 / エコー / 卵管造影検査 / 子宮頸管粘液検査 / ヒューナーテスト
男性不妊 / その他 (_____)

■以下の項目で当てはまるものに○や記載をお願いします

子宮筋腫 / 子宮内膜症 / チョコレート嚢胞 / 卵巣嚢腫 / 子宮腺筋症
多嚢胞性卵巣症候群 / 高プロラクチン血症 / 甲状腺疾患 (高・低)
その他 (_____)

・たばこ 吸わない / 吸う (_____ 本 / _____ 日)

・アルコール 飲まない / 飲む (_____ 週 _____ 日 / _____ ml)

・手術経験 (虫垂炎・骨折など) ない / ある (_____)

・現在、婦人科疾患の治療以外で服用している薬やサプリ
ない / ある (_____)

■症状について伺います。当てはまるものに○をつけてください。

睡眠	目覚めがいい・眠れない・眠りすぎる・夢多い・目覚めやすい・寝た気がしない		
頭痛	ズキズキする・頭が重い・何か被った感じがする・めまい・立ちくらみ		
食欲	旺盛・普通・少ない	便通	1日 _____ 回 (硬・軟・下)
尿	多い・少ない・近い・夜間 _____ 回		
体質	寒がり・暑がり	冷え性・のぼせ性	下痢しやすい・便秘しやすい
冷え	手足・腰・背中・お腹		

■月経について

周期 (日) 初潮 (歳)

- ・本日の月経周期 (日) 月経期 / 低温期 / 排卵期 / 高温期
- ・月経不順 ない / ある / 過去にあった (歳ごろ)
- ・月経時の症状 (複数可) 下腹部痛 / 腰痛 / 頭痛 / 吐き気 / その他 ()
- ・月経中の鎮痛剤の服用 なし / あり (錠 / 日間)
- ・月経前の症状 (複数可) お腹の張り・痛み / 頭痛 / 腰痛 / 過食 / 眠気
むくみ / イライラ / 胸の張り / その他 ()

<月経時の痛みについて、該当する数字に○をつけてください>



<月経の状態>

- 月経質: ドロドロ / ややドロドロ / さらさら / やや希薄 / 希薄 (水様)
- 月経量: 多い / やや多い / 普通 / やや少ない / 少ない
- 血塊: なし / あり (こぶし大 / 親指大 / 小指大 / 粒 / 膜)
- 月経色: ■ ■ ■ ■ ■ ←当てはまる色を○で囲んでください

<月経のことで気になること>

(_____)

■月経以外の症状について

- ・婦人科以外でお悩みの症状
例) 肩こり・腰痛など (_____)
- ・現在運動されていますか? いいえ / はい (_____)

ご主人について

- ・年齢 (歳) お仕事内容 (_____) 帰宅時間 (時頃)
夜勤 なし / あり
- ・たばこ 吸わない / 吸う / (本 / 日)
- ・アルコール 飲まない / 飲む / (週 日 / ml)
- ・疲労度 元気 |-----|-----|-----|-----|-----| 疲れている
0 1 2 3 4 5
- ・既往歴 なし / あり (脱腸 / 精索静脈瘤 / 停留精巣 /
糖尿病 / その他 _____)
- ・精子の異常項目 数 ・ 奇形率 ・ 運動率 ・ 濃度 ・ その他 (_____)

↑ 該当するものに○をつけてください