

お 名 前 の 漢 字

お 名 前 の ふ り が な

氏名	( )
生年月日 西暦	年 月 日 年齢 ( ) ご職業 ( )
ご自宅の住所 (〒 - )	☎
ご実家の住所 (〒 - )	☎
ご本人携帯☎	(旦那様氏名 ☎ )
緊急連絡先☎	お名前 続柄 *診察内容にかかわらず必ずご記入ください

●最終月経 月 日から 日間。月経周期 日~ 日ごと (順・不順)

●体重 ( ) kg 身長 ( ) cm BMI (当院記入) ( )

●ご主人様：生年月日 西暦	年 月 日 年齢 ( )	ご職業 ( )
●ご主人様は今まで病気や手術をしたことがありますか？	なし・あり ( )	
●1ヶ月間の性交渉回数 ( )	回	
●いつ頃から妊娠を希望されましたか？	(西暦 年 月： 歳)	

●今までどのような検査を受けましたか？

(ホルモン検査・子宮卵管造影・抗精子抗体・抗核抗体・AMH・染色体・その他 )

●今までにかかった病気や現在治療中の病気、内服薬について ・ありの場合は ( 内容 ) をご記入下さい

入院	なし ・ あり ( )
手術	なし ・ あり ( 筋腫の手術・帝王切開・円錐切除・中絶手術・その他： )
輸血	なし ・ あり ( 輸血した理由は？ )
ぜんそく	なし ・ あり ( 最終発作はいつ頃ですか？(小発作も含む) )
アレルギー	なし ・ あり ( 花粉・金属・ゴム・ラテックス・その他： )
食物アレルギー	なし ・ あり ( キウイ・パイナップル・その他： )
処方されたお薬	なし ・ あり ( )
内服中の処方薬	なし ・ あり ( )
メンタルの病気	なし ・ あり ( )
その他、筋腫等	なし ・ あり ( 切迫早産入院・筋腫・子宮の形の異常・高血圧・糖尿病
	RHマイナス・梅毒 ・ B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他 ( )

●ご家族のご病気について (父母・兄弟姉妹・祖父母)

続柄	病名	経過
		高血圧・糖尿病・ぜんそく・その他 ( )
		高血圧・糖尿病・ぜんそく・その他 ( )

●今までの妊娠・出産歴 妊娠 ( ) 回 分娩 ( ) 回 ※記入欄が足りない時は欄外にお書き下さい。

当時の年齢	週数	性別	児の体重	方法	母子の経過
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	
才	週	男・女	g	自然・無痛・鉗子・吸引・帝王切開・流産・早産・中絶	

●当院でご希望される不妊治療はどれですか？ (複数回答可)

(タイミング療法・人工授精・体外授精及び顕微授精など高度生殖医療・他施設治療中のsecond opinion)

●教えて下さい。当院をお知りになった方法：当院ホームページ・駅看板・知人・通りがかり・ご家族・Facebook・Instagram・他