

## ■ 今日お見えになった理由に当てはまるものに☑をつけてください

- 不妊症の一般検査・治療  人工授精  体外受精・顕微授精  その他 ( )

## ■ 結婚歴について教えてください

- 現在  入籍している  未入籍である  
● 過去に別のパートナーとの間に  結婚歴はない  結婚歴がある

## ■ 月経について

- 初めて月経があったのは ( ) 才  
● 月経痛は  ほとんどない  鎮痛剤使用で有効  鎮痛剤使用も無効  つらいが薬は未使用  
● ダイエットなどにより体重が急減少したことが  なし  あり

## ■ 生活習慣について教えてください

- 喫煙習慣  なし  あり → ( ) 本/日  過去に喫煙歴あり  
飲酒習慣  なし  あり → 種類 ( ) 量 ( ) /日

## ■ 実質不妊期間について教えてください

1. 結婚して(第2子以降希望の場合は最終分娩して)から現在までの期間は ( ) 年 ( ) ヶ月  
2. 上記1のうち、避妊していた期間は  なし  あり  
ありの場合 → ( ) 年 ( ) ヶ月 方法 (ピル・コンドーム・膈外射精・その他)  
3. 結婚前に同棲期間が  なし  あり  
ありの場合 → ( ) 年 ( ) ヶ月間  
同棲中の避妊期間: ( ) 年 ( ) ヶ月 方法 (ピル・コンドーム・膈外射精・その他)

## ■ 妊娠・出産経験について教えてください

- 今までに妊娠または出産したことがある  なし  あり (以下に記入して下さい。)

	妊娠結果	分娩様式	不妊治療	パートナー
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外

## ■ 性交渉について

- ・避妊をしていない期間の性交回数 平均（ ）回／（日・週・月・年）
- ・ここ数ヶ月の性交回数は 平均（ ）回／（日・週・月・年）
- ・性交時に下腹部の痛みを感じますか？  いいえ  はい

## ■ 今までの不妊検査について

- 今までに不妊について検査したことは  なし  あり（以下の当てはまるものに☑をつけて下さい）
- ホルモン検査（ 年 月）  子宮卵管造影（ 年 月）
- 精液検査（ 年 月）  フーナーテスト（ 年 月）
- 抗精子抗体（ 年 月）

## ■ 今までの治療について

- 今までに不妊治療をしたことは  なし  あり（ありの場合以下に記入してください）  
 タイミング（自己< >回 病院< >回） 人工授精（ ）回  
 体外受精（ ）回 顕微授精（ ）回
- 排卵誘発剤を使用したことは  なし  あり（ありの場合以下に記入してください）  
 飲み薬（ ）か月  注射（ ）か月

## ■ 以前に検査・治療を受けていた病院名を教えてください

（ ）（ ）

## ■ 過去にかかった病気や受けた手術について

- 性感染症（クラミジアや淋病）にかかったことがある  いいえ  はい
- 結核にかかったことがある  いいえ  はい
- 卵巣嚢腫や子宮筋腫を指摘されたことがある →  いいえ  はい
- 開腹手術を受けたことがある  いいえ  はい → 内容：（ ）
- 糖尿病を指摘されたことがある  いいえ  はい
- 甲状腺の病気を指摘されたことがある  いいえ  はい
- 膠原病やリウマチなどの自己免疫疾患を指摘されたことがある  いいえ  はい
- ホルモン剤・精神科の薬・胃潰瘍の薬などを飲んでいる  いいえ  はい  
 はいの場合 → 現在飲んでいる薬の名前（ ）

## ■ 現パートナーについて教えてください

- （ ）歳 身長（ ）cm 体重（ ）kg
- 生活習慣: 喫煙  なし  あり → （ ）本／日  過去に喫煙歴あり  
 飲酒  なし  あり → 種類（ ）量（ ）／日
  - 常用薬はありますか  いいえ  はい 薬の名前（ ）
  - 大きな病気をしたことがありますか？  いいえ  はい → 病名（ ）
  - 過去に別のパートナーとの間に結婚歴が  ない  ある  
 ありの場合、過去のパートナーとの間に  子供がいる  子供がいない

以上です。ご協力有り難うございました。