

11. 妊娠したことがありますか？ ない ある

	妊娠時年齢		治療	週数	転帰	性別	出生体重	病院名
	西暦	年						
1	西暦	年	歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		
2	西暦	年	歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		
3	西暦	年	歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		

12. これまで受けたことのある治療があれば教えてください。

なし

タイミング指導 回 (西暦 年 月～ 年 月) (施設名)
 薬剤使用の有無 なし クロミッド HMG その他 ()

人工授精 回 (西暦 年 月～ 年 月) (施設名)
 薬剤使用の有無 なし クロミッド HMG その他 ()

体外受精 回 (西暦 年 月～ 年 月) (施設名)
 薬剤使用の有無 なし クロミッド HMG その他 ()

13. 検査や治療のご希望について、今現在のお考えをお聞かせください。

①スクリーニング検査 必要なら希望する 希望しない

②タイミング療法 必要なら希望する 希望しない

③人工授精 必要なら希望する 希望しない

④体外受精 必要なら希望する 希望しない

⑤顕微授精 必要なら希望する 希望しない

⑥漢方薬処方 必要なら希望する 希望しない

14. 体外受精を受けたことのある方は以下もお願いします。

採卵 1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵 数	受精 方法	正常 受精 数	凍結胚数	移植胚	妊娠
西暦 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外 受精 <input type="checkbox"/> 顕微 授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
年 月		2回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

採卵 2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵 数	受精 方法	正常 受精 数	凍結胚数	移植胚	妊娠
西暦 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外 受精 <input type="checkbox"/> 顕微 授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
年 月		2回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

採卵 3回目	施設名	卵巣刺激法	採卵 数	受精 方法	正常 受精 数	凍結胚数	移植胚	妊娠
西暦 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外 受精 <input type="checkbox"/> 顕微 授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
年 月		2回目融解胚移植	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期			<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

15. ご主人について

①結婚歴 初婚 再婚（前妻との間に妊娠 なし あり）

②これまでにかかったことのある病気があれば教えてください。

病名（ ）

どんな治療を受けましたか？

手術 時期（西暦 年 月）（手術名 ）（病院名 ）

内服 薬の名前（ ）

経過観察のみ

現在も治療が続いていますか？はい いいえ

③注射や内服薬、食品、その他（ラテックス、消毒用アルコールなど）でアレルギーや副作用を経験されたことがありますか？ ない

ある 薬剤・食品名など（ ）（ ）

④たばこを習慣的に吸っていますか？

はい（ 本/日、喫煙歴 年） 吸っていた（ 本/日、禁煙期間 年） いいえ

⑤飲酒習慣についてお伺いします。

飲酒なし

機会飲酒のみ

（ほぼ）毎日（頻度 回/週、1日あたりの飲酒量 1合未満 1合以上）

* 1合の目安:ビール中瓶1本(500 mL)、日本酒 180 mL、ワイン2杯(240 mL)、焼酎 35度 80 mL

⑥その他気になっていることがあれば教えてください。

（ ）

16.現在、サプリメントを摂取していますか？

奥様

していない

している（商品名または成分 ）

ご主人

していない

している（商品名または成分 ）

17.当院では管理栄養士による栄養セミナーや栄養指導を無料で行っています。

栄養セミナーを受けてみたい

コレステロール値などを含めた血液検査を受けて、必要な栄養指導も希望する

今は希望しない

18.検査・治療に対するご要望や、不安に思っていること、気になっていることなど、自由にお書きください。

アレルギー問診票

抗菌薬（抗生物質）の副作用やゴム手袋（ラテックス）などのアレルギー反応としてきわめてまれ（1万人あたり数人）にアナフィラキシー（じんま疹に加えて呼吸困難や血圧低下）が起きることがあります。また、果物アレルギーがある方はラテックスアレルギーを引き起こす可能性があるとも言われており、ラテックス-フルーツ症候群とも呼ばれています。
以下の質問はあなたがそれを起こしやすいかを判断するためのものです。ご記入をお願いします。

1.これまでアナフィラキシー（蕁麻疹+呼吸困難や血圧低下）を起こしたことはありますか
なし あり

2.これまで抗菌薬（抗生物質）の注射や点滴を受けたことがありますか
なし あり（以下の質問にもお答えください）

副作用はありましたか

なし あり→どのような症状で何のお薬でしたか
(症状： 薬の名前：)

3.これまで抗菌薬（抗生物質）を内服したことがありますか
なし あり（以下の質問にもお答えください）

副作用はありましたか

なし あり→どのような症状で、何の薬でしたか
(症状： 薬の名前：)

4.これまでその他のお薬でアレルギー反応が出現したことがありますか
なし あり

5.家族でお薬にアレルギーのある方はいますか
なし あり

6.アレルギー性疾患
(花粉症、アレルギー性鼻炎、気管支喘息、アトピー性皮膚炎) がありますか
なし あり

7.下記の果物等でアレルギー症状を感じたことがあるものに○をつけてください。

バナナ、アボカド、キウイ、栗、イチジク、パパイア、メロン、モモ、ピーナッツ、クルミ、
トマト、パイナップル、パプリカ、ニンジン、ココナッツ、あんず、いちご、びわ、ほうれん草
ブドウ、パッションフルーツ、マンゴー、セロリ、ポテトなど

なし あり→(喉のイガイガ、ピリピリ感、口が痛い、舌が痒い、苦い、不味い、唇が痒い等)
その他症状がありましたか?()

8.その他食物のアレルギーがありますか(例：卵・そば、甲殻類、小麦など)
なし あり→ ()

9.ゴム手袋（ラテックス）の着用で発疹やかゆみなどの皮膚症状が出たことありますか
なし あり

10.その他のアレルギーがありますか
なし あり→ ()

今後、他のアレルギー症状が出現した時には速やかに病院へお伝えします。

年 月 日記載

氏名： _____