

12. これまで受けたことのある検査があれば教えてください。

検査	検査日	病院名	検査結果
子宮頸がん検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
AMH	西暦 年 月		ng/ml
プロラクチン	西暦 年 月		ng/ml
ホルモン検査 (FSH, LH, P4 など)	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (内服治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
甲状腺機能検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (<input type="checkbox"/> 亢進症 <input type="checkbox"/> 低下症)
子宮鏡検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
卵管造影検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
卵管通気検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
クラミジア感染症	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療)
抗精子抗体	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
精液検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
不育症検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
染色体検査	西暦 年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()

その他 ()
検査を受けたことはない

13. 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
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		

14. 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 ()

15. 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	

16. 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

17. 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。

（ ）

18.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 ）

19.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

20.当院からの重要なお知らせや、イベント告知などのご案内をお伝えします。ご希望をお聞かせください。

希望する 希望しない

* 生殖医療部 LINE に登録していただいた方には、当院より休診やイベント等をお知らせします。

別紙QRコードより登録をお願い致します。

21. 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。