

天の川レディースクリニックグループ  
ひらかた ART クリニック予診票

ID 番号 \_\_\_\_\_ 受付日 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ 夫携帯電話 (緊急連絡先) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型

- 1 来院された目的 (○でお困みください。複数回答可)  
一般不妊検査・治療 不育症検査・治療 人工授精 体外受精-胚移植 男性不妊  
男女産み分け相談 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 2 生理：最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間 (普通・多・少)  
周期 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日型 初経 \_\_\_\_\_ 歳 生理痛 (有・無)
- 3 今までにかかった主な病気：(○でお困みください。)  
心臓病・腎臓病・副腎の病気・肝臓病・結核・高血圧・糖尿病・喘息  
虫垂炎 ・ てんかん ・ 甲状腺の病気 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 4 婦人科の病気： 子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 5 常用しているお薬 : 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )
- 6 アレルギー : 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )
- 7 麻酔経験 : 無 ・ 有 (麻酔した理由: \_\_\_\_\_ )  
麻酔時の異常 : 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )
- 8 造影剤使用経験 : 無 ・ 有 (造影した理由: \_\_\_\_\_ )  
使用時の異常 : 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )
- 9 結婚 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)、離婚、再婚 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
未婚 (入籍予定: 無・有 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月予定)
- 10 妊娠・出産の有無  
・自然流産 無・有 ( \_\_\_\_\_ 回、西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 妊娠 \_\_\_\_\_ 週)  
・人工妊娠中絶 無・有 ( \_\_\_\_\_ 回)  
・子宮外妊娠 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、妊娠部位 \_\_\_\_\_ 卵管摘出 無・有 (右・左))  
・出産 無・有 ( \_\_\_\_\_ 回) 子供さんの数 \_\_\_\_\_ 人健在
- 11 出産の経過 (西暦で記入)  
第1回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
第2回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
第3回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 \_\_\_\_\_ g (男・女)  
異常の種類：早産 (妊娠 \_\_\_\_\_ 週)・多量出血 (輸血の有・無)・吸引分娩・妊娠高血圧症候群 (中毒症)  
帝王切開 (適応: \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 12 不妊期間について (避妊されていた方はその期間を除いてお答えください)  
5年以上 \_\_\_\_\_ 2年以上～5年未満 \_\_\_\_\_ 2年未満 \_\_\_\_\_
- 13 夫婦生活 (性交渉) の頻度について  
( \_\_\_\_\_ 回) / 週 ( \_\_\_\_\_ 回) / 月
- 14 不妊治療期間について  
5年以上 \_\_\_\_\_ 2年以上～5年未満 \_\_\_\_\_ 2年未満 \_\_\_\_\_
- 15 喫煙歴について、タバコは吸われますか？  
いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳から喫煙)
- 16 今までに受けた不妊検査について： 無 ・ 有  
基礎体温、子宮卵管造影検査、通水または通気検査、ホルモン (内分泌) 検査、精液検査、  
性交後検査、子宮鏡検査、腹腔鏡検査、免疫学的検査 (自己抗体・抗精子抗体など)

- 17 今までに受けた一般不妊治療について： 無 ・ 有  
 自然周期タイミング法・排卵誘発タイミング法（カミット<sup>®</sup>、セリット、HMG注射、FSH注射、HCG注射）、  
 排卵判定キットの使用、黄体ホルモン補充療法、（デュファストン、ムトラル、ヒソソ、プロゲルモン注射）  
 黄体ホルモン賦活療法（HCG注射）、漢方薬治療（薬名 \_\_\_\_\_）、  
 免疫療法（ステロイド、アスピリン、ハパリン）、その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 18 今までに受けた不妊治療手術について： 無 ・ 有  
 開腹手術（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、その他 \_\_\_\_\_ ）  
 腹腔鏡下手術（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、多嚢胞性卵巣、卵管形成及び周囲癒着剥離）  
 子宮鏡下手術（粘膜下筋腫、子宮内膜ポリープ、子宮奇形形成）  
 卵管鏡下手術
- 19 今までに受けた高度生殖医療について： 無 ・ 有  
 人工授精（ \_\_\_\_\_ 回）、体外受精—胚移植（ \_\_\_\_\_ 回）、顕微授精—胚移植（ \_\_\_\_\_ 回）  
 配偶子卵管内移植（GIFT）・接合子卵管内移植（ZIFT）、補助孵化療法、胚凍結融解法  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 20 今までの不妊治療で副作用について： 無 ・ 有  
 薬品名（ \_\_\_\_\_ ）  
 症状： 蕁麻疹・湿疹・めまい・吐き気・便秘・注射部の炎症  
 排卵誘発に伴う治療での副作用  
 症状： 卵巣が腫れた・腹水がたまった・入院や点滴治療を要した  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 21 当院での治療で将来的に体外受精—胚移植までお考えですか？  
 はい      いいえ      わからない
- 22 当院での検査・治療で特に望まれることはありますか？  
 （ \_\_\_\_\_ ）

以下はご主人に関する質問です。おわかりになる範囲でお答えください。

- 1 ご主人のお名前（ \_\_\_\_\_ （フリガナ） \_\_\_\_\_ ）  
 生年月日（昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳））
- 2 健康状況（良・不良）、おたふくかぜ（有・無）
- 3 ご主人のご職業（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 ご主人は今までに大きな病気にかかられたことがありますか？  
 （病名： \_\_\_\_\_ 歳のとき）
- 5 ご主人は泌尿器科で不妊治療をお受けになったことがありますか？  
 はい      いいえ
- 6 ご主人はあなたが不妊治療を受けていることをご存知ですか？  
 はい      いいえ
- 7 ご主人はあなたの不妊治療に対して理解があり、協力的ですか？  
 はい      いいえ
- 前回、子宮頸がん検診を受けられたのはいつ頃ですか？  
 （西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃） 検査結果の異常： 無・有（ \_\_\_\_\_ ）
- クリニックからお電話にてご連絡させて頂く場合に、クリニックの名前を告げて良いですか？  
 （可 ・ 不可）
- 当クリニックでの説明会に参加された事がありますか？ 無・有（一般・体外受精）
- 当クリニックでのカウンセリングを受けられた事がありますか？ 無・有（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- グループクリニック「天の川レディースクリニック」と、医療情報（カルテ）を共有することにご了承いただけますか（ 承諾 ・ 不要 ）

この用紙はカルテに添付されます。外部に漏れることは一切ございません。