

# 診療録

初診日 20 年 月 日

ID

フリガナ

性別  男性  女性

漢字氏名

生年 昭和 年 月 日生(満 歳)  
月日 平成

自宅〒

フリガナ

自宅住所 都道 府県

郵送時にクリニック名を記載しても構わない  可  不可 (  白封筒・個人名にて郵送可 )

電話連絡時にクリニック名を名乗っても構わない  可  不可 (  個人名にて連絡希望 )

自宅Tel

連絡  可  不可

留守電  可  不可

自宅Fax

連絡  可  不可

携帯Tel

連絡  可  不可

留守電  可  不可

E-mail

勤務先名

職業

勤務先〒

勤務先Tel

フリガナ

住所 都道 府県

日中連絡先Tel  自宅  携帯  勤務先  その他( )

## < 配偶者様(保護者様)情報 >

配偶者様続柄  夫・妻

- 入籍済
- 入籍未(事実婚)
- 未婚 予定あり・予定なし

保護者様続柄  父・母

ID

フリガナ

漢字氏名

生年 昭和 年 月 日生(満 歳)  
月日 平成

自宅〒

\*上記住所と異なる場合ご記入下さい

フリガナ

自宅住所 都道 府県

※個人情報・プライバシーについては、クリニックの方針によって保護されます。



# 《予診表1》

ID. \_\_\_\_\_

(わかる範囲でご記入ください)

フリガナ		フリガナ	
奥様氏名		御主人様氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生 ( 才)	生年月日	西暦 年 月 日生 ( 才)
身長:	cm	体重:	kg
		BMI:	k g/m <sup>2</sup>
1. 今回受診された理由は？			
<input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない* <input type="checkbox"/> 妊娠するが流産・死産となる ( 回) <input type="checkbox"/> 第2子希望* <input type="checkbox"/> 他院にて体外受精を勧められた* <input type="checkbox"/> 夫婦生活がうまくいかない (夫・妻)* <small>*にチェックをつけられた方は「予診表2」もご記入ください</small>		<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 下腹部痛 ・ 腰痛がある <input type="checkbox"/> おりものが気になる <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> 尿に近い <input type="checkbox"/> その他 ( )	
2. 最終月経はいつですか？			
・ 月 日～ 日間 ・ 順調 ( 日型) ・ 不順 ・ 月経の量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない) ・ 痛み ( 強い ・ 少しある ・ ない )			
3. 子宮癌検診を、1年以内に受けられましたか？			
<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (20 年 月頃) 結果 (異常なし ・ あり→ )			
4. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名: ) (症状: )			
5. 薬以外でアレルギーを経験したことがありますか？			
ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ( ) その他 ( ) どのような症状でしたか？( )			
6. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？			
癌・結核・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・甲状腺疾患・心臓病・不整脈・喘息・緑内障・なし			
7. 現在、通院・加療中の病気がありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )			
8. 現在服用中のお薬がありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )			
9. 手術もしくは大きな病気・入院などありましたらご記入ください。			
年月	病名	手術・入院	病院名
年 月		手術・入院	
年 月		手術・入院	
年 月		手術・入院	
10. 輸血をしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 年 月)			
11. タバコを吸われますか？			
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本 / 日)			
12. お酒を飲まれますか？			
毎日飲む ・ ときどき飲む ・ 飲まない ・ 飲めない			
13. 当クリニックまでの通院時間は？			
交通機関 ( ) 約 時間			
14. 当クリニックからお伝えしたことがある場合、			
自宅や携帯に電話させて頂く場合がありますが よろしいでしょうか？ (留守番電話でも)		はい (下記にも○をお付けください) ・ いいえ ・ 『レディースクリニック北浜』名乗ってよい ・ スタッフの個人名で名乗るならよい ・ 留守番電話は困る	
15. どこでこのクリニックを知りましたか？			
主治医の先生からの紹介 (病院名 Dr 名 ) 友人 ・ インターネット ・ 新聞 ・ 駅等の広告 その他 ( )			
何かその他ご希望がございましたらご記入ください			



## 過去の治療歴

今後の治療をスムーズに行う為にお聞きしております。  
 これまでに受けられた不妊治療についてお分かりになる範囲でご記入ください。

① 検査を受けたことがありますか？ 「ある」と答えた方は下記もご記入ください。	ない	ある
・ 検査結果はありますか？	ない	ある
・ 卵管造影検査を受けたことがありますか？	ない	ある
病院名 ( ) 年 月 結果異常	ない	ある ( )
・ 精液検査を受けたことがありますか？	ない	ある
病院名 ( ) 年 月 結果異常	ない	ある ( )
② タイミング治療を受けたことがありますか？	ない	ある ( 回)
病院名 ( ) 薬剤を使用： 注射・内服 ( ) ・ していない		
③ 人工授精を受けたことがありますか？	ない	ある ( 回)
病院名 ( ) 薬剤を使用： 注射・内服 ( ) ・ していない		
④ 体外受精を受けたことがありますか？	ない	* ある ( 採卵 ) ( 胚移植 回)
* 「ある」と答えられた方は下記もご記入下さい。		

1	採卵月	病院名	卵巣刺激法	受精法	採卵数	受精数	移植胚数	妊娠判定
1	20 年 月		ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然周期 他 ( ) 不明	顕微授精 一般体外受精 顕微+一般体外受精法 他 ( )			個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 すべて凍結 キャンセル	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ( )
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 ( ) 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ( )	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ( )
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
2	20 年 月		ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然周期 他 ( ) 不明	顕微授精 一般体外受精 顕微+一般体外受精法 他 ( )			個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 すべて凍結 キャンセル	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ( )
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 ( ) 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ( )	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ( )
	凍結融解胚移植	病院名	凍結融解胚移植・移植方法				移植胚数	妊娠判定
	20 年 月		ホルモン補充周期 自然周期 他 ( ) 不明				個 分割胚移植 胚盤胞移植 2段階胚移植 他 ( )	陰性 子宮外妊娠 流産 出産 単胎・双胎 他 ( )

※過去に3回以上、体外受精を受けられた方はこの用紙を複数枚うち出してご使用ください。

# 診療録 (ご主人様用)

初診日

20

年

月

日

ID

フリガナ

性別

男性 ・ 女性

漢字氏名

生年

昭和

年

月

日生(満

歳)

自宅〒

年月日

平成

フリガナ

自宅住所

都道  
府県

郵送時にクリニック名を記載しても構わない 可 不可 (  白封筒・個人名にて郵送可)

電話連絡時にクリニック名を名乗っても構わない 可 不可 (  個人名にて連絡希望)

自宅Tel

連絡 可 不可

留守電 可 不可

自宅Fax

連絡 可 不可

携帯Tel

連絡 可 不可

留守電 可 不可

E-mail

勤務先名

職業

勤務先〒

勤務先Tel

フリガナ

住所

都道  
府県

日中連絡先Tel

自宅 携帯 勤務先 その他( )

## < 配偶者様(保護者様)情報 >

ID

配偶者様続柄

夫・妻

入籍済

入籍未(事実婚)

未婚 予定あり・予定なし

保護者様続柄

父・母

フリガナ

漢字氏名

生年

昭和

年

月

日生(満

歳)

自宅〒

\*上記住所と異なる場合ご記入下さい

フリガナ

自宅住所

都道  
府県

# 男性不妊症外来問診表

記入日 年 月 日

夫氏名

妻氏名

生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)

生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)

血液型 ( 型)

血液型 ( 型)

自宅電話番号 ( — — )

夫携帯電話 ( — — )

※クリニックからお電話しても良い電話番号にマルを付けて下さい。

下記の質問に答えて受付にお渡しください。(質問は 27 まであります。)

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので、分かる範囲で正確にお答え下さい。  
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

1. 出生地 ( 都・道・府・県 市 町 )

2. 出生時のご両親の年齢 (父 歳、 母 歳)

3. あなたを含む生存兄弟姉妹 (計 人) あなたは ( 番目)

4. 死産された兄弟はいますか? ・いない ・いる ( 人)

5. 結婚して子供のいない兄弟姉妹がいますか?

・いない ・いる ( 兄・弟・姉・妹 )

6. 血縁者の中に病気の方はいますか? (ご自分のご両親やご兄弟)

・いない ・いる (誰ですか 病名 )

7. 家族に遺伝的な病気はありますか?

・ない ・ある (病名 )

8. 血族結婚はありますか? ・ない ・ある

9. 幼少期から現在までにかかった病気に○をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	腸チフス
<input type="checkbox"/>	梅毒

<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ
<input type="checkbox"/>	猩紅熱
<input type="checkbox"/>	肺炎
<input type="checkbox"/>	淋病

<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	ジフテリア
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	糖尿病

<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘 (みずぼうそう)

10. 現在までに手術を受けられたことはありますか?

・ない ・ある (手術名 )

11. あなたご自身は今まで精液検査を受けたことがありますか？  
・ない ・ある 結果（正常・精子が少ない・精子がない）
12. 今までホルモンなどによる治療を受けたことはありますか？ ・ない ・ある
13. 睾丸を蹴られたり、ボールが当たったことはありますか？ ・ない ・ある
14. 学童期にクラスで背は（高い方だった・中ぐらいだった・低い方だった）
15. 陰毛が生え、声変わりした年齢（ 歳）または（中学・高校 年生）
16. 初めて射精（夢精）を経験した年齢（ 歳）または（中学・高校 年生）
17. 初めて性交を経験した年齢（ 歳）
18. 結婚した年齢（ 歳）（初婚・再婚）
19. 結婚してからの年数（ 年）  
避妊期間はありますか？ ・ない ・ある（ 年 カ月）
20. 現在の性欲（強い・普通・弱い）
21. 性交回数（月・週 回）
22. 性交は満足に遂行できますか？ ・できない ・できる
23. ヒゲは ・毎日剃る ・週（ ）回剃る
24. 現在の職業は次のどれに当てはまりますか？（事務職・半事務的半肉体労働・肉体労働）
25. 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありますか？  
・ない  
・ある（鉛・水銀・砒素・一酸化炭素・カドミウム・高熱環境・低温環境・放射能・酸素不足の状態）
26. 現在のあなたの健康状態 ・良い ・悪い（病名 ）
27. 妻の健康状態 ・良い ・悪い（病名 ）

---

---

---

---

---

---