

- ・初潮は何歳ですか ( 歳)
- ・最近の生理 20 年 月 日 日間
- ・周期  (21~25 日型)  月に 1 回程度  40 日以上  薬を使わないと無
- ・持続期間 ( 日) ・生理痛  ほぼ無  有  痛み止め使用
- ・婚姻について  入籍  未入籍 《同居している ・同居してない》
- ・結婚年齢 (未入籍の方も記入してください) 妻 ( 歳) 夫 ( 歳)
- ・現在の夫又はパートナーの年齢 ( 歳)
- ・性交渉の回数 ( ほぼ毎日  週 2・3 回  月 2~4 回  排卵期のみ  ほぼ無し
- ・妊娠

歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶
歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶
歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶

歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶
歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶
歳	週	正常分娩	帝王切開	流産	死産	中絶

- ・手術歴 ( )
- ・持病はありますか (・糖尿病 ・高血圧症 ・肝炎 ・腎臓病 ・その他 ( ) )
- ・今飲んでいるお薬 ( )
- ・アレルギー (薬 ( ) (食物 ( ) (アルコール 有 無 ) (その他 ( ) )

今までに行った検査・治療についてご記入ください【施設名: \_\_\_\_\_】

- ・タイミング治療 年 ヶ月
- ・排卵誘発剤のご使用  クロミフェン  排卵期に HCG 注射  
 HMG FSH 注射
- ・人工授精  あり ( 回)
- ・ART 体外受精 顕微授精  
採卵 ( 回) 新鮮胚移植 ( 回) 凍結胚移植 ( 回)

検査名・検査時期	結果
卵管造影検査 (レントゲン)	<input type="checkbox"/> 通過性有 <input type="checkbox"/> 異常あり 右 左 両側 癒着
性腺ホルモン (20 年 月)	<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> プロラクチン <input type="checkbox"/> エストロジェン <input type="checkbox"/> プロジェステロン
甲状腺ホルモン (20 年 月)	<input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4
精液検査 (20 年 月)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 少ない 運動率が悪い 奇形率が高い
性交後テスト (20 年 月)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 悪い
抗精子抗体 (20 年 月)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有
婦人科系の疾患	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜ポリープ <input type="checkbox"/> その他( )
風疹抗体の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 検査したことがない <input type="checkbox"/> 予防接種済み 1 回 2 回
クラミジア検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 検査日 20 年 月
クラミジア感染症	<input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 感染あり 20 年 月
子宮頸がん検診	20 年 月 異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

知りたい事、希望している事、不安な事など ご自由にお書き下さい (ED タイミングが合わない等)