

5. 基礎体温表 (ない・ある)
6. 喫煙習慣 (ない・ある : 1日 本程度)
 飲酒習慣 (ない・ある : 1日 本程度)
7. 現在治療中の病気 (ない・ある :)
 現在服用中の薬剤 (ない・ある :)
 入院治療の既往 (ない・ある :)
 手術の既往 (ない・ある :)
 アレルギー・喘息の既往 (ない・ある :)
 他の気になる疾患 (ない・ある :)
 股関節の障害 (ない・ある :)
8. 最近受けた子宮癌検診 (受けてない・ 年 月頃 : 異常なし・精密検査・その他)
 最近受けた乳癌検診 (受けてない・ 年 月頃 : 異常なし・精密検査・その他)
9. あなたの血縁関係の方に、下記の方はいますか
 糖尿病・高血圧・心臓病・癌 (いない・いる :)
 気になる疾患 (いない・いる :)
10. 月経について
 月経開始日 今回 年 月 日より 日間
 前回 年 月 日より 日間
 前々回 年 月 日より 日間
 月経開始から次の月経開始までの周期 ~ 日
 出血持続日数 ~ 日間
 月経出血 (少量・ふつう・多い・長い・短い)
 月経時痛 (無い・軽い・強い)
 初潮 (自然に・薬で) 歳 ・ 閉経 歳
11. 性交経験について (まったくない・過去にある・現在ある)
 避妊について (まったくない・過去にある・現在ある)
 (コンドーム・避妊薬・子宮内器具・膣外射精・他 : 年 月 ~ 年 月)
 平均的な性交間隔 (週に 回・月に ~ 回・ほとんどない・ない)
 結婚していますか (はい・いいえ・予定あり : 予定日 年 月)
 あなたは結婚何回目ですか (回目 : 年 月)
 ご主人は結婚何回目ですか (回目)
12. 妊娠したことは (ない・ある)
 1回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
 2回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
 3回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
 4回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
13. その他、何か心配なことやご相談になりたいことがあれば、記入してください。
- ()

14. 現在までに不妊治療を受けたことがありますか (なし・あり)

(医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)

子宮筋腫を指摘されたこと (なし・あり : 年頃)
 子宮内膜症を指摘されたこと (なし・あり : 年頃)
 卵巣のう腫を指摘されたこと (なし・あり : 年頃)
 卵巣や卵管の癒着を指摘されたこと (なし・あり : 年頃)
 卵管の閉鎖・狭窄・腫れを指摘されたこと (なし・あり : 年頃)
 現在、服用している薬剤がありますか (なし・あり : 薬剤名)

子宮卵管造影検査(レントゲンによる卵管検査) (なし・あり : 年 月頃)

右卵管 (異常なし・異常あり :)
 左卵管 (異常なし・異常あり :)
 子宮腔 (異常なし・異常あり :)

通気検査(炭酸ガスを卵管に通すルビン検査) (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 月経時に性腺刺激ホルモン=LH・FSH 採血検査 (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 排卵頃に卵胞ホルモン=エストラジオール採血検査 (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 基礎体温高温中期に黄体ホルモン=プロゲステロン採血検査 (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 プロラクチン採血検査(乳汁分泌関連ホルモン) (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 甲状腺機能検査(採血) (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 クラミジア感染の採血検査 (なし・あり : 異常なし・異常あり)

下記の感染症検査で異常を診断されたことがありますか

梅毒・B型肝炎・C型肝炎・エイズ・淋菌・結核・その他

腹腔鏡 (なし・あり : 年頃 : 医療機関)
 開腹手術 (なし・あり : 年頃 : 医療機関)
 子宮鏡 (なし・あり : 年頃 : 医療機関)
 子宮内膜搔爬 (なし・あり : 年頃 : 医療機関)
 上記以外に不妊入院治療を受けたことがありますか (なし・あり : 年頃)

精液検査を受けたことは (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 性交後に精子の子宮頸管粘液での運動性検査(フナーテスト) (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 採血検査で抗精子抗体という検査 (なし・あり : 異常なし・異常あり)
 人工授精 (なし・あり : 回)
 体外受精 (なし・あり : 回)
 顕微授精 (なし・あり : 回)
 精巣上体または精巣精子による顕微授精 (なし・あり : 回)

15. 不妊治療を現在どのようにお考えですか

- 1) 保険診療の範囲で考えている(保険適応外の検査や治療は考えていない)
- 2) 保険適応外の検査でも積極的にしたいと考えている
- 3) 腹腔鏡(入院による検査治療)も考えている
- 4) 人工授精も考えている
- 5) 体外受精も考えている

現在のところ、不妊治療期間をどのくらいと考えていますか 今後()年間くらい

初診日 ()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願い
いたします。

- ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 4点
（マイナンバーカード保険証を利用した場合）2点

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意する