

初診時間診票 (妊活相談・不妊治療用)

記入日 年 月 日

氏名	年齢	生年月日	身長	体重	ご職業
本人(ふりがな)	歳	年 月 日	cm	kg	
夫/パートナー(ふりがな)	歳	年 月 日	cm	kg	

住所	電話番号
(〒 -)	

【月経】

- 最終月経(最近の月経) 月 日～ 月 日
 月経日数 日間
 月経周期 日型 (例: 28日、35日、不順 など)

【不妊治療について】

- 結婚歴 ・既婚 ・未婚 / パートナー
 結婚した年月 年 月
 不妊期間 年 カ月
 夫またはパートナーはご健康ですか。
・はい
・いいえ (現在治療中 / 過去に治療をしていた (病名))
 他の病院で診察を受けたことがありますか。 ・ない ・ある
あると答えた方はこれまでの検査・治療歴について教えてください。

検査	病院名	検査	病院名
卵管造影検査		子宮鏡検査	
通水検査		卵管鏡下卵管形成術 FT	
エンドメトリオ検査		精液検査	

治療法	病院名	治療法	病院名
タイミング療法		人工授精	
体外受精		不育症検査	

裏面もご記入ください

【妊娠・出産歴】

性交渉 ・経験がある ・経験がない

妊娠歴、出産歴のある方

年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開

【嗜好品】

タバコ

・吸わない ・吸っていたがやめた(年前まで) ・吸う 1日 本 年

アルコール

・飲まない ・飲む(1週間 回 1回量 ml程度)

【アレルギー】

ラテックスアレルギー ・ない ・ある

アルコール消毒 ・ない ・ある

内服薬・注射薬 ・ない ・ある(薬品名)(症状)

食品 ・ない ・ある(食品名)(症状)

その他 ・ない ・ある()(症状)

【治療中または今までに治療をした病気】

現在治療中の病気はありますか。 ・ない ・ある(病名)

現在服用をしている薬はありますか。 ・ない ・ある(薬剤名)

心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどがありますか。

・ない ・ある(病名)

喘息と診断されたことはありますか。 ・ない ・ある(最終発作 歳)

・あるとお答えの方 → 医師に鎮痛解熱剤の使用を注意されている ・いいえ ・はい

ロキソニンやボルタレンを使用したことがある ・いいえ ・はい

緑内障と診断されたことはありますか。 ・ない ・ある

てんかんと診断されたことはありますか。 ・ない ・ある

今までに手術の経験がありますか。 ・ない ・ある(術名)

分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。
()