

受診登録シート

年 月 日初診
慶愛クリニック

カルテ No. _____ (記入しないで下さい)

< 妻 >

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 S / H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒 _____

ご住所 _____

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

ご職業 _____

勤務先名 _____ 勤務先 TEL (_____) _____ (差し支えなければご記入下さい)

< 夫 > カルテ No _____ (記入しないで下さい)

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 S / H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

携帯 TEL (_____) _____

ご職業 _____

(注) ご住所は、当院より請求書、お知らせ等が発生した場合のご郵送先となります。また、ご自宅、携帯 TEL は、当院より確認等が発生した場合のご連絡先となります。個人情報はそれ以外の目的で使用いたしません。

※海外在住の方は次の欄もご記入ください。

日本滞在時の連絡先

自宅 ・ 実家 (お名前： _____ 様方) ・ その他 (お名

前： _____)

〒 _____

住所 _____

自宅 TEL (_____) _____ 携帯 TEL (_____) _____

メールアドレス _____ @ _____

※ご夫婦で住所が異なる場合は受付にお知らせ下さい。

問診表

年 月 日 (記入しないで下さい)

慶愛クリニック

カルテ No. (記入しないで下さい)

ふりがな

お名前 生年月日 S / H 年 月 日 年齢 歳

どうなさいましたか？ (当てはまる項目に○を付けてください)

- ・ 子供ができない (一般不妊治療希望 ・ 人工授精希望 ・ 体外受精希望 (保険・自費) ・ その他 ()) **保険診療で受けた体外受精回数 (採卵 回・胚移植 回)**

あなたの月経について

- 最初の月経はいつですか？ (歳)
○ 最終月経はいつでしたか？ (年 月 日 から 日間)
生理中の方も記入して下さい。 (本日が月経 日目)
○ 月経は順調ですか？ はい (日型) ・ いいえ (~ 日位)

あなたの結婚・妊娠・分娩について

- 入籍したのはいつですか？ (S ・ H ・ R 年 月 ・ 未入籍)
○ 妊娠したことはありますか？ はい ・ いいえ
○ 妊娠したことのある方は次にお答え下さい。
人工妊娠中絶 (回) (年 月 ・ 年 月)
自然流産 (回) (年 月 ・ 年 月)
分娩 (回) (年 月 ・ 年 月)

今までにかかった主な病気・受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- B型肝炎・C型肝炎と指摘された事がありますか？ はい ・ いいえ ・ 現在治療中
○ 病気にかかったり・手術を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
病気 (歳の時 ・ 病名) (歳の時 ・ 病名)
手術 (歳の時 ・ 手術) (歳の時 ・ 手術)
○ ぜんそくにかかった事がありますか？ はい ・ いいえ
○ 現在、内服中の薬はありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、薬の名前・種類をお書き下さい。
()
○ 今まで薬や注射で副作用・アレルギーを起こした事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、薬の名前・種類をお書き下さい。
()

その他

- 子宮頸がんの検査を1年以内に受けた事がありますか？
はい (H ・ R 年 月) ・ いいえ
『はい』と答えた方は、検査結果はどのようにきていますか？ (異常なし ・ 経過観察中)
○ 子宮筋腫、卵巣のう腫の診断を受けた事がありますか？
はい (子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫) ・ いいえ
○ 風疹にかかった事がありますか？ はい ・ いいえ

あなたの 身長 (cm) 体重 (kg) 血液型 (型) Rh (+ ・ -)

他院での不妊検査・治療について

- 卵管造影検査（または通水検査を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は検査結果について記入して下さい。
右（ 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ 切除 ・ その他（ ） ）
左（ 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ 切除 ・ その他（ ） ）
- ご主人の精液検査を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、検査結果（一番良好なデータ）について記入して下さい。
精液量（ ml） 濃度（ 万/ml） 運動率（ %） 奇形率（ %）
（ 正常 ・ 異常 ）
- ヒューナーテスト（性交後検査）を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、検査結果（一番良好なデータ）について記入して下さい。
（ 良好 ・ やや不良 ・ 不良 ・ その他（ ） ）
- タイミング療法を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、回数等について記入して下さい。
自然周期によるタイミング（ 回）
卵巣刺激周期によるタイミング（ 回）
- 人工授精を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、回数について記入して下さい。
自然周期による人工授精（ 回）
卵巣刺激周期による人工授精（ 回）
- 体外受精を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
『はい』と答えた方は、体外受精の治療歴をご記入下さい。

体外受精治療歴 採卵回数（ 回） 胚移植回数（ 回）

	施術年月日	施術施設	卵巣刺激法	採卵数	媒精法	授精数	分割数	移植数	凍結数	妊娠の有無
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ご記入ありがとうございます。