

初診日：平成 年 月 日

お名前

生年月日

年齢

ご住所

お電話番号

- 基礎体温表をつけていますか。 はい いいえ
- 現在どのような妊娠活動をしていますか。 タイミング法 人工授精 体外受精
- ご結婚されて何年目でしょうか。 () 年
- 妊娠を望まれて何年目になりますか。 () 年
- 生殖医療以外に婦人科で治療を受けたことがありますか。 はい いいえ

妊娠活動のための整体や鍼灸を受けたことがありますか？

現在、不妊治療のためのクリニックに通っていますか？（通院されている方はクリニック名をご記入ください）

過去に妊娠反応が出たことはありますか？

クリニックへ通院されている方へ

ホルモン検査で何か指摘を受けましたか？

排卵誘発剤を使用したことはありますか？（薬の名前が分かるようでしたらご記入ください）

体外受精にのぞんでいる方へ

凍結卵はありますか。（グレードや凍結日数が分かるようでしたらご記入ください）

移植の経験はありますか。（凍結した時期、受精卵のグレードや着床反応の有無などをご記入ください。）

ヒューナーテストを受けたことがありますか？（時期や所見などもご記入ください）

筋腫や内膜症を指摘されたことがありますか？（時期や所見などもご記入ください）

男性不妊やその他男性側の問題はありますか？（時期や所見などもご記入ください）

子宮卵管造影を受けたことがありますか？（時期や所見などもご記入ください）

□月経についてお聞きします

月経周期は何日くらいでしょうか？（ ）日くらい

月経治療をはじめてから月経周期の変化はありますか？ □はい □いいえ

月経期間（出血期間）は何日くらいでしょうか？（ ）日くらい

月経痛はありますか？ □はい □いいえ

月経痛がある場合どんな痛みがどの部位に出ますか？（ ）

月経前症状はありますか？ □はい □いいえ

月経前症状がある場合どんな症状がありますか？（ ）

経血の状態に特徴がありますか？ □はい □いいえ

具体的な経血の特徴・過去と比べての変化などをご記入ください。

□お仕事・生活環境と具体的なお身体の状況についてお聞きします

ご職業（ ） / 趣味（ ）

睡眠時間（ ）時間 / 睡眠の質（ 良い ふつう 悪い ）

仕事（ 好き ふつう きらい ） / 勤務時間（ ）時間

好きな食べ物（ ） / 嗜好品（コーヒー 紅茶 緑茶 酒 タバコ 清涼飲料水）

食事回数（ ）回 / 食事時間（ ）時 （ ）時 （ ）時

間食 □しない □する（ ）

過去に大きな病気にかかったことがありますか？ □はい （病名 ）

急な体重の増減はありますか？（結婚後や出産後などに） □はい □いいえ

婦人科以外で気になるところはありますか？ 胃腸の調子 貧血気味 便秘気味 下痢気味
疲れやすい 肩こり 腰痛 頭痛 むくみ その他（ ）

今までにダイエット経験はありますか？ □はい （いつ頃 ） ・ □いいえ

婦人科以外で何かお薬を服用されていますか？ □はい □いいえ

睡眠時間は十分に取れていますか？ □はい □いいえ

たばこを吸いますか？ □はい □いいえ

お酒を飲まれますか？ 毎日飲む 時々飲む 飲まない

現在定期的な運動はされますか？ □はい 種目（ ） □ いいえ

他に何かご質問やご要望、話しておきたいことがありましたらご記入ください。