診療録

ID				:	初診日	20	年	月	日
フリガナ			性別	男性	· 女性				
漢字氏名				on ≠⊓					
自宅〒			生年 月日	昭和 平成	年	月	日生	上(満	歳)
フリガナ									
自宅住所									
	郵送時にクリニック名を記載しても	構わない	□可□]不可(□ 白封筒・個	固人名にて	[郵送〒	1)	
	電話連絡時にクリニック名を名乗っ								
自宅Tel		連絡		不可	留守電	□可□	不可		
自宅Fax		連絡	子 口可 口	不可				_	
携帯Tel		連絡	♀ □可 □	不可	留守電	□可□]不可		
E-mail									
勤務先名			職業						
勤務先〒			勤務先Te	I					
フリガナ									
住所	都道 								
日中連絡	先Tel □自宅 □携帯 □勤	」務先 □そ	の他()			
+									•
< 配偶	者様(保護者様)情報 >		配偶者根	ŧ続柄	夫・妻			\籍済 ι⇔+/束	中低)
ID			保護者標	L	父・母			し籍未(事 ト婚 予定	·美始) Eあり・予定なし
フリガナ			יו בו אוא	K49641.1	^ -				
漢字氏名	3		生年 月日	昭和 平成		月	E	3生(満	歳)
自宅〒		*上記(住所と異なる均	場合ご記入	下さい				
フリガナ	1								
自宅住所	新道 新道 府県								

《予診表1》

ID.

(わかる範囲でご記入ください)

フリガナ		フリガナ			
奥様氏名		御主人様氏名			
生年月日	西曆 年 月 日生(才)	生年月日	西暦 年	月 日生(才)
身長:	cm 体重: l	rg BN	ИІ: k	g/m2	
1. 今回受診された	:理由は?				
	□ なかなか妊娠しない [*]	□ 出血がある			
	□ 妊娠するが流産・死産となる(□	回) □ 下腹部痛 ・	腰痛がある		
	□ 第2子希望*	□ おりものが気			
	□ 他院にて体外受精を勧められた [*]				
	□ 夫婦生活がうまくいかない (夫・妻) ** * * * にチェックをつけられた方は「予診表2」もご記入ください)
2. 政心门胜以		引・順調 (日刑) •	不順	
	・月経の量 (多い · 普通 · 少ない				
3. 子宮癌検診を、	1年以内に受けられましたか?	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	<u> </u>	
	□ 受けていない				
	□ 受けた (20 年 月頃)	結果(異常なし	あり→)
4. 内服薬や注射薬	ギでアレルギーを経験したことがありますか '	?			
	□ ない				
	□ ある (薬品名:) (症状:)	
5. 楽以外でアレル	レギーを経験したことがありますか?	tm (,		
	ゴム・ アルコール綿・ 金属 ・ 食べ物	- ,) 31 + 30 0 (\
6 これまでに下部	その他(Eのような病気をしたことがありますか?)どのような症状で	· C /2 //3 ? (
	病・高血圧・腎臓病・肝臓病・梅毒・B型肝炎・(こ刑肝炎・甲状腺疾患・	心臓病・不整脈・喘息	[・緑内障・か]	
	療中の病気がありますか?	O ELITIFIC T PUBLICATION	TO MAKE THE MILE	7,301,314- 30.0	
	ロない	□ ある()	
8. 現在服用中のお	3薬がありますか?				
	口ない	□ ある()	
	てきな病気・入院などありましたらご記入く方		i		
年月	病名	手術・入院		病院名	
年月		手術・入院			
年月		手術・入院			
年 月 10. 輸血をしたこ		手術・入院			
10. 鴨血でしたこ	□ ない	□ ある(年	月)	
 11. タバコを吸わ				/1/	
	□ 吸わない	□ 吸う(本 / 目)		
12. お酒を飲まれ	ますか?				
	毎日飲む ・ ときどき飲む ・ 飲まない	・ 飲めない			
13. 当クリニック	までの通院時間は?				
	交通機関()	約	時間	
•	からお伝えしたことがある場合、	, , , , ,	をお付けください)		
	電話させて頂く場合がありますが		ースクリニック北浜		,
よろしいでし	ょうか?(留守番電話でも)	・	の個人名で名乗るな 注は困る	らよい	
15. どこでこのカ	リニックを知りましたか?	田り田田	1日19日の		
	主治医の先生からの紹介(病院名	D -	r 名)	
	友人 ・ インターネット ・ 新聞	駅等の広告		,)
何かその他ご希	望がございましたらご記入ください	** **	*		

《予診表2》

氏名

16.	今までに	二他院	記で不妊治	療を受	けたこ	ことが	ありま	きすか?		ない		ある		
17.	16の質問	引であ	ると答え	られた	方へ				*差	し支えなけ	れば	「過去の治療歴」もる	ご記入くだる	さい
	今までと	ごのよ	うな治療	を受け	られま	ました	か?							
			検査(りみ						人工授精				
			タイ	ミング症	療法					体外受精				
	治療期間	引はと	これくらい	ですか	?					年		ヶ月		
	当クリニ	ック	への転院	のきった	かけに	は何で	すか?	,	,				`	
									()	
18.	今回希望	₫する	治療をお	書き下	さい					相談のみ				
										相談後検査	査の	内容を決めたい		
										検査と治療	奈			
										タイミング	ブ治	療		
										人工授精				
										体外受精、	顕	微授精		
										漢方療法				
40	N/ 5 11 =		×+=	14 + 10						その他(¬~\/.=\ + 1)
			への希望	はあり	ますた), ,						ペースで治療したい	1	
Î	いくつて	ごも結	講(で)									治療したい		
												両立したい		
												検査をしたい		
										最小限の特殊を		をしたい ォローも希望		
										その他(יל נו	オローも布室		,
20	ご士人様	针什么	<u></u> 3療につい	てどの	様にま	お老さ	でし、	トうかっ		協力的		 非協力的		
20.	こ上八位	K10./L	17点に フリ	C C 0),	13K IC 0	J 5/L	COa	· 2/13':			≢ ,	たらお書きください		C 9 9 C & V 1
									([-] D CO CO	۵.0	たりの旨とください)
21	心理力点	フンナ	<u></u>	差望さ:	n = a	ナかっ				希望する)
۷1.	ルルモノコン	, , .	- 7 7 7 6	m E C '	100 3	, ,, ,				希望しない	. 1			
21	お什事に	ナされ	ています	かっ						していない		している		
	0) II 4-16	x C 1	0 (0 . 0.)	,,					*#			ろう(差し支えなけ	わば後記』	λ 下さい)
										職業:	•)) (= 0 × /2.01)		(1 2)
									(1	以次・ 時~	時	・ (常勤 ・ パ-		アルバイト)
23.	同居して	こいる	家族に、	治療を	してし	1るこ	とを、			いいえ	,	はい (どな))
			ますか?										_,	,
個人	歴につい													
	a. 結 婚	(西原	替	年	j	月)								
	b. 離 婚	(西)	替	年		月)								
	c. 再 婚	(西原	替	年	j	月)								
	d. 同 棲	(西原	替	年	j	月)								
	e. 未 婚													
今ま	での妊娠	歴		•										
	年月		週数			経	過		性別	l·出生時体重	Ì	流産 ・ 早産の	り状態	病院名
	年	月	追	1	. 分娩	(経膣	帝切)	2.早産	男		g	妊娠反応のみ ・ 胎	責が見えた	
		73	(ヶ月) 3.	流産	4.	死産	5.中絶	女		g	胎児が見えた ・ 心	白が見えた	
	年	月	退	1	. 分娩	(経膣	·帝切)	2.早産	男		g	妊娠反応のみ・ 胎	憂が見えた	
		,,	(ヶ月		流産		死産	5.中絶			g	胎児が見えた ・ 心	自が見えた	
	年	月	近				· 帝切)				g	妊娠反応のみ・胎		
	•		(ヶ月	_	流産		死産	5. 中絶	-		g	胎児が見えた・心		
	年	月				(経膣		2.早産			g	妊娠反応のみ・胎		
			(ヶ月 	-	流産		死産 · 帝切)	5.中絶 2.早産	•		g	胎児が見えた · 心持 妊娠反応のみ · 胎		
	年	月	(ヶ月		流産		死産	5. 中絶			Б	妊娠反応のみ ・ 胎: 胎児が見えた ・ 心:		
	-	_		_			·帝切)		+		g	妊娠反応のみ胎		
	年	月	(ヶ月		流産		死産	5. 中絶			g	胎児が見えた ・ 心		

過去の治療歴

今後の治療をスムーズに行う為にお聞きしております。 これまでに受けられた不妊治療についてお分かりになる範囲でご記入ください。

			- 1 () + () + + ()								
(1			ことがありますか えた方は下記もご					ない	ある		
	• 検	査結果は	ありますか?					ない	ある		
		官造影快 院名	査 を受けたことだ		左		(生田)	ない	ある		,
			(受けたことがあり) ハ キ すかり	年	月	結果	異常 ない ない	ある(ある)
		 枚快重 で 院名	(()	年	月	結果		<i>あ</i> る ()
2			、 豪 を受けたことが			<i>,</i> 7	₩U/N;	ない ない	ある(
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	()	薬剤を使用: 🧎	注射•	内服 (3.0) •	U	ていない
3	人工招	受精 を受け	けたことがありま	すか?				ない	ある((
	病	院名	()	薬剤を使用:	注射•	内服 () •	U	ていない
4	体外到	受精 を受け	けたことがありま	すか?		,	+177110	ない	* ある (胚移植		
						(採卵 *「ある」) 」と答えら	(胚物性 れた方は下記もご	記入	回) 下さい。
Ī	採	卵月	病院名	卵巣刺激法	受精法		採卵数	受精数	 移殖胚数		妊娠判定
			7377	21-21-37/3/024			3-1-21-201	2(1132)	12723220	個	陰性
	20	年		ロング法	顕微授精				分割胚移植		
		月		ショート法 アンタゴニスト法	一般体外受精 顕微+一般体外受料	唐法			力制於移植胚盤胞移植		子宮外妊娠 流産
				自然周期	他()			2段階胚移植		出産
				他() 不明					すべて凍結 キャンセル		単胎・双胎 他 ()
	凍結鹝	蝉胚移植	病院名	凍結融解胚移植	 道・移植方法				移殖胚数		妊娠判定
1				ホルモン補充周						個	陰性
	20	年			5,743				分割胚移植		子宮外妊娠
		月		自然周期					胚盤胞移植		流産
				他()	2段階胚移植		出産
				不明					他()	単胎・双胎 他 ()
	凍結鹝	蝉胚移植	病院名	凍結融解胚移植	直•移植方法				移殖胚数		妊娠判定
	20	年				個	陰性				
	20			力 战 田 如					分割胚移植		子宫外妊娠
		月		自然周期					胚盤胞移植		流産
				他()	2段階胚移植		出産 ^{単胎・双胎}
				不明					他()	他()
	採	卵月	病院名	卵巣刺激法	受精法		採卵数	受精数	移殖胚数		妊娠判定
	20	年		ロング法	」 顕微授精					個	陰性
		-		ショート法	一般体外受精				分割胚移植		子宮外妊娠
		月		アンタゴニスト法	顕微+一般体外受料	情法			胚盤胞移植		流産
				自然周期 他 ()	他()			2段階胚移植 すべて凍結		出産 ^{単胎・双胎}
				不明					キャンセル		他()
	凍結鹝	蝌胚移植	病院名	凍結融解胚移植	道・移植方法				移殖胚数		妊娠判定
	20	年		ホルモン補充周	則					個	陰性
2		·		自然周期					分割胚移植		子宫外妊娠
	•	月				胚盤胞移植		流産			
				他()	2段階胚移植 他 (,	出産 ^{単胎・双胎}
		不明)	他()
									ギタをキロエッチャ		妊娠判定
	凍結鹝	蝉胚移植	病院名	凍結融解胚移植	•移植方法				移殖胚数		
	東結副 20	解胚移植 年	病院名	凍結融解胚移植 ホルモン補充周						個	陰性
		年	病院名	ホルモン補充周					分割胚移植	個	陰性 子宮外妊娠
			病院名	ホルモン補充局自然周期					分割胚移植 胚盤胞移植		陰性 子宮外妊娠 流産
		年	病院名	ホルモン補充周)	分割胚移植		陰性 子宮外妊娠

診療録(ご主人様用) 月 初診日 20 年 日 ID 性別 男性 • 女性 フリガナ 漢字氏名 生年 昭和 年 月 日生(満 歳) 平成 月日 自宅干 フリガナ 都道 自宅住所 府県 郵送時にクリニック名を記載しても構わない □可 □不可 (□ 白封筒・個人名にて郵送可) 電話連絡時にクリニック名を名乗っても構わない 口可 口不可 (口 個人名にて連絡希望) 自宅Tel 連絡 口可 □不可 留守電 □可 □不可 自宅Fax 連絡 口可 □不可 連絡 口可 □不可 留守電 □可 □不可 携帯Tel E-mail 勤務先名 職業 勤務先〒 勤務先Tel フリガナ 都道 住所 府県 口自宅 □携帯 口勤務先 □その他(日中連絡先Tel □ 入籍済 < 配偶者様(保護者様)情報 > 配偶者様続柄 夫・妻 □ 入籍未(事実婚) ID 保護者様続柄 □ 未婚 予定あり・予定なし 父·母 フリガナ 漢字氏名 生年 昭和 月 年 日生(満 歳) 平成 月日 自宅干 *上記住所と異なる場合ご記入下さい フリガナ 都道 自宅住所 府県

男性不妊症外来問診表 記入日 年 月 日

^{フリが} 夫氏名		ラリポナ 妻氏名	
生年月日 S・H 年 / 加液型 (型) 口自宅電話番号 (生年月日 S・H 血液型 (型)) 口夫携帯電話 (年 月 日 (歳)
	ックからお電話しても良	い電話番号にマルを付けて	下さい。
下記の質問に	答えて受付にお渡し	ください。(質問は 27 ā	きであります。)
あなたの治療を行う上で すべての個人的秘密は齢		ので、分かる範囲で正確に	こお答え下さい。
1. 出生地 (都・道・府・県	市	町)
2. 出生時のご両親の年齢	(父 歳	、母歳)	
3. あなたを含む生存兄弟	姉妹 (計 人) あなたは(************************************	番目)
4. 死産された兄弟はいま	すか? ・いない	・いる (人)	
5. 結婚して子供のいない ・いない ・いる	兄弟姉妹がいますか? (兄 ・ 弟 ・ 姉 ・	妹)	
6. 血縁者の中に病気の方 ・いない ・いる	*	ご 両親やご兄弟) 病名	_)
7. 家族に遺伝的な病気は ・ない ・ある())	
8. 血族結婚はありますか	?・ない・あ	58	
9. 幼少期から現在までに	かかった病気に〇をつけ	て下さい。	
麻疹(はしか)	おたふくかぜ	百日咳	風疹
インフルエンザ	猩 紅 熱	ジフテリア	水痘(みずぼうそう)
腸チフス	肺炎	結 核	
👍 👙	- 144 <u>- 144</u>	164 Fri .24	

10. 現在までに手術を受けられたことはありますか?

・ない・ある(手術名

11.	あなたご自身は今まで精液検査を受けたことがありますか?
	・ない・ある 結果 (正常・精子が少ない・精子がいない)
12.	今までホルモンなどによる治療を受けたことはありますか? ない ある
13.	睾丸を蹴られたり、ボールが当たったことはありますか? ・ない ・ある
14.	学童期にクラスで背は (高い方だった・中ぐらいだった・低い方だった)
15	. 陰毛が生え、声変わりした年齢 (歳) または (中学 高校 年生)
16	. 初めて射精(夢精)を経験した年齢 (歳) または (中学・高校 年生)
17	初めて性交を経験した年齢(歳)
18	. 結婚した年齢 (
19	. 結婚してからの年数 (年) 選近期間はありますか? ・ない ・ある (年 ヵ月)
20	. 現在の性欲 (強い・普通・弱い)
2 1	. 性交回数 (月 週 回)
2 2	性交は満足に遂行できますか?・できない・できる
2 3	. ヒゲは ・毎日剃る ・週()回剃る
2 4	. 現在の職業は次のどれに当てはまりますか? (事務職・半事務的半肉体労働・肉体労働)
2 5	i. 過去および現在の職業で次の物質や環境に接することはありますか? - ない
	・ある (鉛・水銀・砒素・一酸化炭素・カドミウム・高熱環境・低温環境・放射能・酸素不足の状態)
26	5. 現在のあなたの健康状態 ・良い ・悪い (病名)
27	7. 賽の健康状態 - 良い - 悪い (病名)