

◎ 矢内原医院受診歴：無・有（有の場合 診察券番号 \_\_\_\_\_）  
◎ 夫（パートナー）受診歴：無・有

妊娠歴	週数	経過	不妊治療	その他
西暦 年月	週	流産・死産（心拍確認：無・有/ 手術：無・有/ 染色体検査：無・有） 経膈分娩（鉗子 / 吸引 / 促進剤） 帝王切開（予定 / 逆子 / 前置胎盤 / 心拍低下 / その他： ） 子宮外妊娠 中絶	無・有 （タイミング） 人工授精 体外受精	
西暦 年月	週	流産・死産（心拍確認：無・有/ 手術：無・有/ 染色体検査：無・有） 経膈分娩（鉗子 / 吸引 / 促進剤） 帝王切開（予定 / 逆子 / 前置胎盤 / 心拍低下 / その他： ） 子宮外妊娠 中絶	無・有 （タイミング） 人工授精 体外受精	
西暦 年月	週	流産・死産（心拍確認：無・有/ 手術：無・有/ 染色体検査：無・有） 経膈分娩（鉗子 / 吸引 / 促進剤） 帝王切開（予定 / 逆子 / 前置胎盤 / 心拍低下 / その他： ） 子宮外妊娠 中絶	無・有 （タイミング） 人工授精 体外受精	
西暦 年月	週	流産・死産（心拍確認：無・有/ 手術：無・有/ 染色体検査：無・有） 経膈分娩（鉗子 / 吸引 / 促進剤） 帝王切開（予定 / 逆子 / 前置胎盤 / 心拍低下 / その他： ） 子宮外妊娠 中絶	無・有 （タイミング） 人工授精 体外受精	

【病歴】 当てはまるものに○もしくはご記入ください。

1. アレルギーはありますか	無 ・ 有	アルコール / ラテックス 薬剤( ) その他( )
2. 感染症はありますか	無 ・ 有	B型肝炎 / C型肝炎 / 梅毒 その他( )
3. クラミジア感染症にかかったことはありますか	無 ・ 有	内服：無 ・ 有 ( 歳の時) 夫(パートナー)の内服：無 ・ 有
4. 風疹にかかったことはありますか	無 ・ 有	予防接種：無 ・ 有 ( 年 月) 抗体検査：無 ・ 有
5. 下記の疾患で当てはまるものに○をして詳細をご記入ください。 ① 喘息 ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 心疾患 ⑤ 血栓症 ⑥ 膠原病 ⑦ 甲状腺疾患 ⑧ てんかん ⑨ 精神疾患 ⑩ 卵巣嚢腫 ⑪ 子宮筋腫 ⑫ 乳がん ⑬ もやもや病 ⑭ その他		
例：⑨ 1年前からY病院でパニック障害と診断され、頓服でソラナックスを服用中。 詳細：		
6. 現在、服用中の薬はありますか	無 ・ 有	薬剤名：

【不妊治療について】 不妊期間： 年 性交回数： 回/月

他院での治療歴： 無 ・ 有 病院 紹介状あり 検査結果あり

2022年4月1日以降に不妊治療歴： 無 ・ 有

不妊治療のご経験がある方は下記についてご記入をお願いいたします。

ホルモン検査等	無 ・ 有	結果のコピーを持っている方はご提示下さい。
精液検査	無 ・ 有	精子数が少ない 運動率が低い 受精能力が乏しい 精子がいない その他( )
子宮卵管造影検査	無 ・ 有	右：閉塞 通りが悪い その他 / 左：閉塞 通りが悪い その他
人工授精	無 ・ 有	回数： 回
体外受精 * 体外受精の治療歴がある方は裏面にて詳細をご記入ください。	無 ・ 有	採卵 回 (体外受精 回 顕微授精 回) 移植 回 (初期胚 回 胚盤胞 回) 保険診療での胚移植：無 ・ 有 ( 回)病院名：
着床不全・不育検査	無 ・ 有	
● 採血	無 ・ 有	異常：無 ・ 有 / 妊娠したら服用予定：パファリン ・ タクロリムス
● 慢性子宮内膜炎	無 ・ 有	
● ERA	無 ・ 有	
● ご夫婦の染色体検査	無 ・ 有	

【当院に希望されている方針や伝えておきたいこと(複数回答可)】

検査のみ 検査+自然に 方法は問わないので早く妊娠したい 体外受精 人工授精 卵管形成術  
不育症検査 着床不全検査 着床前検査 セカンドオピニオン (その他： )

気分の変化は、病気に重要な影響を与えることもあり、これを知ることによって治療に役立つことがあります。

以下の質問にあまり考え込まずにお答えください。長い時間考え込むと不正解になることがあります。

各項目一つだけお答えください。

最近の気持ちについて、**当てはまる数字に○をつけてください。**

<p>1 緊張したり気持ちが張りつめたりすることが:</p> <p>1 しょっちゅうあった</p> <p>2 たびたびあった</p> <p>3 ときどきあった</p> <p>4 まったくなかった</p>	<p>8 仕事を怠けているように感じることは:</p> <p>1 ほとんどいつもあった</p> <p>2 たびたびあった</p> <p>3 ときどきあった</p> <p>4 まったくなかった</p>
<p>2 おかし楽しんだことを今でも楽しいと思うことが:</p> <p>1 まったく同じだけあった</p> <p>2 かなりあった</p> <p>3 少しだけあった</p> <p>4 めったになかった</p>	<p>9 不安で落ちつかないような恐怖感を持つことが:</p> <p>1 まったくなかった</p> <p>2 ときどきあった</p> <p>3 たびたびあった</p> <p>4 しょっちゅうあった</p>
<p>3 なにか恐ろしいことが起ころうとしているという恐怖感を持つことが:</p> <p>1 しょっちゅうあって、非常に気になった</p> <p>2 たびたびあるが、あまり気にならなかった</p> <p>3 少しあるが気にならなかった</p> <p>4 まったくなかった</p>	<p>10 自分の顔、髪型、服装に関して:</p> <p>1 関心がなくなった</p> <p>2 以前よりも気を配っていなかった</p> <p>3 以前ほどは気を配っていなかったかもしれない</p> <p>4 いつもと同じように気を配っていた</p>
<p>4 物事の面白い面を笑ったり、理解したりすることが:</p> <p>1 いつもと同じだけできた</p> <p>2 かなりできた</p> <p>3 少しだけできた</p> <p>4 まったくできなかった</p>	<p>11 じっとしていられないほど落ち着かないことが:</p> <p>1 しょっちゅうあった</p> <p>2 たびたびあった</p> <p>3 少しだけあった</p> <p>4 まったくなかった</p>
<p>5 心配事が心に浮かぶことが:</p> <p>1 しょっちゅうあった</p> <p>2 たびたびあった</p> <p>3 それほど多くはないが、ときどきあった</p> <p>4 ごくたまにあった</p>	<p>12 物事を楽しみにして待つことが:</p> <p>1 いつもと同じだけあった</p> <p>2 以前ほどはなかった</p> <p>3 以前よりも明らかに少なかった</p> <p>4 めったになかった</p>
<p>6 きげんの良いことが:</p> <p>1 まったくなかった</p> <p>2 たまにあった</p> <p>3 ときどきあった</p> <p>4 しょっちゅうあった</p>	<p>13 突然、理由のない恐怖感(パニック)におそわれることが:</p> <p>1 しょっちゅうあった</p> <p>2 たびたびあった</p> <p>3 少しだけあった</p> <p>4 まったくなかった</p>
<p>7 楽に座って、くつろぐことが:</p> <p>1 かならずできた</p> <p>2 たいていできた</p> <p>3 たまにできた</p> <p>4 まったくできなかった</p>	<p>14 面白い本や、ラジオまたはテレビ番組を楽しむことが:</p> <p>1 たびたびできた</p> <p>2 ときどきできた</p> <p>3 たまにできた</p> <p>4 ほとんどめったにできなかった</p>

採卵／移植 回数 年 月 日		採卵の場合		採卵 個数	受精した卵の数		この周期 での移植		何日目の 胚を 何個移植		凍結胚	移植の場合		何日目の 胚を 何個移植		妊娠 反応	胎嚢	分娩	その他 胚のグレード 検査など
採卵 ／ 移植 回目 年 月		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		自然 個  顕微授精 個	<input type="checkbox"/> 自然 個  顕微授精 個		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		個	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
採卵 ／ 移植 回目 年 月		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		自然 個  顕微授精 個	<input type="checkbox"/> 自然 個  顕微授精 個		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		個	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
採卵 ／ 移植 回目 年 月		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		自然 個  顕微授精 個	<input type="checkbox"/> 自然 個  顕微授精 個		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		個	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
採卵 ／ 移植 回目 年 月		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		自然 個  顕微授精 個	<input type="checkbox"/> 自然 個  顕微授精 個		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		個	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他		日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		日 目 個		<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤周期 <input type="checkbox"/> その他			日 目 個		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			