

氏名 _____ 職業 _____ 生年月日 年 月 日 (歳)

●下記の空欄を記入し、該当項目に○をつけて下さい●

(1) 既往歴について（現在治療中の疾患について） ○をつけて下さい

- (a) 産婦人科系の疾患；子宮内膜症・子宮筋腫・子宮腺筋症・その他 ()
- (b) 高血圧・心臓の病気・肝臓の病気・腎臓の病気・膠原病・てんかん・結核・アレルギー（じんま疹など）
・貧血・血液の病気・性病・ぜんそく・糖尿病・虫垂炎（盲腸）・甲状腺疾患・ヘルニア
・その他 ()
- (c) 手術を受けたことが（ある・ない） 年 月 日
手術名 () 病院名 ()
- (d) 輸血を受けたことが（ある・ない） 年 月 日
理由 () 病院名 ()
- (e) 子宮頸癌検診を受けたことが（ある・ない）
年 月 日 病院名 () 結果 ()

(2) AMH（抗ミュラー管ホルモン）について

- 知っている；測定したことが（ ある；結果 () ng/mL ・ ない）
 知らない（初めて聞いた）

(3) 結婚歴・パートナーについて

(a) 結婚歴について

- ない ある；平成、令和 年 月 日 ～ 平成、令和 年 月 日 (～ 才)
平成、令和 年 月 日 ～ 平成、令和 年 月 日 (～ 才)

(b) パートナーの有無について

- パートナーあり（結婚の予定； あり・ なし） パートナーなし

(4) 月経について

- (a) 初めて月経があったのは () 才の（春・夏・秋・冬）頃
- (b) いつも月経は（順調・不順）で（周期 ()）日毎に（持続 ()）日間ある
- (c) 月経の量は（多い・普通・少ない）（パット () 枚）、血のかたまりが（ある・ない）
- (d) 月経の前に（下腹痛・腰痛・頭痛・乳房痛・むくみ・その他 ()）が（ある・ない）
- (e) 月経中に（下腹痛・腰痛・頭痛・乳房痛・むくみ・その他 ()）が（ある・ない）
（床につく・薬を飲む・それ程でもない）
- (f) 一番最近の月経は 月 日より 月 日まで、平素と比べて（普通・多い・少ない）
最近2、3ヶ月の月経をできるだけ書いて下さい ()

(5) その他

- 身長 () cm 体重 () kg；測定時期 ()
- 血液型 () 型 R h () ←証明可能な物を持参できますか？（はい・いいえ）例) 献血手帳・献血カード、他院での検査結果、母子手帳
常に薬を飲んでいる（常用薬名 ()）

(6) 特異体質（アレルギー）について

- (a) 薬剤アレルギー（ある・ない）（薬品名： ()）
- (b) 食物アレルギー（ある・ない）（食物名： ()）

(7) 当院を選んだきっかけは何ですか？

- 医師紹介 公的機関紹介 当院の患者様紹介 () 様 その他知人紹介
- 当院 HP など (当院医師 治療成績、妊娠率 培養成績、培養技術 施設立地)
- その他のサイト（サイト名： ()） 雑誌・本 ()
- その他 ()