

7) 月経について

①初潮	歳
②月経周期	順調・不順 周期(生理期間 日) 最終月経 年 月 日 その前 年 月 日
③月経量	多量 / 中等量 / 少量
④生理痛はありますか。	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他( )
⑤鎮痛剤は服用しますか。	いいえ / はい(薬品名: )

8) 結婚・不妊歴について

①結婚歴	結婚	年 月 日	婚約中	事実婚
	夫	初婚 / 再婚 (子供 有 / 無)		
	妻	初婚 / 再婚 (子供 有 / 無)		
②不妊期間		年	カ月	
③避妊期間	ない ある( )	年 月 日 ~	年 月 日	(理由 )

9) 今まで行った不妊治療について ない / ある(ある方は下記の表にご記入下さい)

治療内容	治療期間	回数	施設
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 日 ~ 年 月 日	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 日 ~ 年 月 日	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 日 ~ 年 月 日	回	

10) 妊娠・出産歴 ない / ある(ある方は下記の表にご記入下さい)

妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
① 年 月 日 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		男/女 g 健/否
② 年 月 日 才	週	1・2・3・4・5・6		男/女 g 健/否
③ 年 月 日 才	週	1・2・3・4・5・6		男/女 g 健/否

11) 今まで行った検査について ※検査結果がお手元にある方は来院時にお持ちください

血液検査	ない / あり( )	月	病院)
子宮頸がん検診(1年以内)	ない / あり( )	月	病院)
精液検査(1カ月以内)	ない / あり( )	月	病院)
クラミジア検査	ない / あり( )	月	病院)
クラミジア検査治療歴	ない / あり( )	月	病院)

12) 今まで治療した病院で、不妊原因は何といわれましたか。(重複可)

- 卵管の異常   排卵障害   精子の異常   子宮内膜症   子宮筋腫  
ホルモンの異常   性交障害   年齢   その他( )

施設を変えた理由は何ですか。(わかる範囲でお願いします)

理由( )

13) その他、何かありましたらご自由にお書き下さい。