

# 初診時間診票

記入日 年 月 日

\* 治療をするための大切な資料です。できるだけ詳しく、すべての項目をご記入ください。

	氏名	年齢	生年月日	職業	身長	体重
本人	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg
夫 または パートナー	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg

## 【治療歴】

 初診時は子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価を実施します。

\* 月経中のかたは子宮頸がん検査・クラミジア検査を、次回の診察時に実施します。

- ・了承し、検査を受ける ( ・子宮がん検診 ・クラミジア検査 ・風疹抗体価 )
- ・1年以内に検査を受け、検査データを持っている ( ・子宮がん検診 ・クラミジア検査 ・風疹抗体価 )
- ・近日中(1か月以内)に受ける検査の予定がある ( ・子宮がん検診 ・クラミジア検査 ・風疹抗体価 )

 これまでの不妊治療 ( ・診察を受けたことがある ・初めて診察を受ける )

### □ 検査

- ・卵管造影検査 (病院名: )
- ・通水検査 (病院名: )
- ・子宮鏡検査 (病院名: )
- ・E R A検査 (病院名: )
- ・子宮内膜蠕動運動検査 (病院名: )
- ・その他 (内容・病院名: )

### □ 治療法

- ・タイミング療法 (病院名: )
- ・人工授精 (病院名: ) 回)
- ・体外受精 (病院名: ) 回)
- ・顕微授精 (病院名: ) 回)
- ・不育症治療 (病院名: )
- ・その他 (病院名: )
- ・卵管鏡下卵管形成術 F T (病院名: )

## 【月経】

- 最終月経 (最近の月経) 月 日 ~ 月 日
- 初潮 歳  月経日数 日間  月経周期 日型
- 自覚症状 ( 月経痛あり薬を飲む・飲まない 血塊がある 下痢をする )

## 【結婚・妊娠・分娩】

- 結婚 ・入籍 年 月 ・入籍予定 年 頃 ・事実婚
- S E X ・経験がある ・経験がない ・うまくいかない

H,R, 西暦 年 月 日	妊娠方法	治療なし・タイミング・人工授精・体外受精 (新鮮胚移植・凍結胚移植)
妊娠 週 日 g (男・女)	転帰	人工中絶・流産・死産・出産 (経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H,R, 西暦 年 月 日	妊娠方法	治療なし・タイミング・人工授精・体外受精 (新鮮胚移植・凍結胚移植)
妊娠 週 日 g (男・女)	転帰	人工中絶・流産・死産・出産 (経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H,R, 西暦 年 月 日	妊娠方法	治療なし・タイミング・人工授精・体外受精 (新鮮胚移植・凍結胚移植)
妊娠 週 日 g (男・女)	転帰	人工中絶・流産・死産・出産 (経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)
H,R, 西暦 年 月 日	妊娠方法	治療なし・タイミング・人工授精・体外受精 (新鮮胚移植・凍結胚移植)
妊娠 週 日 g (男・女)	転帰	人工中絶・流産・死産・出産 (経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)

裏面もご記入ください。

**\*嗜好品やアレルギー、今までに治療をした病気について記入をお願いします。**

- ① ラテックスアレルギーと指摘されたことはありますか。 ない ある ( )
- ② アルコール綿花で皮膚が赤くなったことはありますか。 ない ある ( )
- ③ 採血で気分不良になったことはありますか。 ない ある ( )

**【アレルギー】**

- ① 内服薬や注射薬のアレルギー反応を起こしたことがありますか。  
ない ある (薬品名・症状 )
- ② 喘息と診断されたことはありますか。  
ない ある ( 最終発作 )  
⇒ 喘息と診断されたことがある方はご記入ください。  
医師に鎮痛解熱剤の使用を注意されている  
特に注意はない \*今までに使用したことのある鎮痛解熱剤を記入してください。  
( キソニン・ボルタレン・市販のバファリン )
- ③ 緑内障と診断されたことはありますか。  
ない ある
- ④ 心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどはありますか。  
ない ある ( )
- ⑤ てんかんと診断されたことはありますか。  
ない ある
- ⑦ 今までに手術の経験がありますか。  
ない ある (術名 )
- ⑧ 分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。  
ない ある ( )
- ⑨ 食品アレルギーはありますか。  
ない ある ( 卵 大豆 )
- ⑩ その他のアレルギーはありますか。  
ない ある ( )

**【既往・現病歴】**

- 幼少期～現在までにうけた治療・手術について、すべてご記入ください。
- 現在、通院中の病院、使用している薬剤名を、すべてご記入ください。

**【嗜好品】**

- タバコ  
・吸わない ・吸っていたがやめた ・吸う 1日 本 年
- アルコール  
・飲まない ・飲む 1週間 回 1回量 ml程度