



・生活習慣についてお尋ねします。

- ・たばこを 吸う ( 本 × 年) ・吸わない
- ・電子たばこ 吸う ( 本 × 年) ・吸わない
- ・お酒は 飲む ( 合 × 週) ・飲まない
- ・便通は 悪い ・ 普通 ・ 小便の回数は昼間 回 (夜間 回)
- ・育 (発) 毛剤を使用して いる (薬剤名: ) ・ ない
- ・やせ薬を飲んで いる (薬剤名: ) ・ ない
- ・本日朝食は食べられましたか。 はい ・ いいえ

・あなたの既往歴・アレルギー等についてお尋ねいたします。

① 既往歴に関して以下の該当する項目をチェックしてください。

特になし

	病名	処方されているお薬
<input type="checkbox"/>	呼吸器疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	甲状腺疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	循環器疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	消化器疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	糖尿病 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	皮膚疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	結核 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	肝疾患 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	うつ病 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	パニック症候群 ( )	( )
<input type="checkbox"/>	がん ( )	( )
<input type="checkbox"/>	その他 ( )	( )

② 手術をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

\*はいの方は、何歳の時にどのような手術 (手術名または手術の内容) か、ご記入下さい。

- ( )歳 ( )
- ( )歳 ( )

手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。 はい ・ いいえ ・ わからない

はいの方はどのようなトラブルですか。( )

③ アレルギーに関して以下の該当する項目にチェックしてください。 はい ・ いいえ

- ・局所麻酔 (歯科麻酔) で副作用がありましたか。
- ・抗生剤で何か副作用がありましたか。
- ・消毒薬 (ヨード系) で何か副作用がありましたか。
- ・ホルモン剤で何か副作用がありましたか。
- ・ラテックスアレルギーと言われたことはありますか。
- ・食物アレルギーはありますか。

はいの方はどのような食物ですか。( )



・奥様についてお尋ねいたします。(わかる範囲で記入おねがいたします。)

① 通院中、あるいは以前に通院されていた病院がありますか。 はい ・ いいえ

\*はいの方は、お答え下さい。 病院名 年 月～通院

② 妊娠したことがありますか はい ・ いいえ

\*はいの方は、お答え下さい。( )回 ( 年 月)・( 年 月)・( 年 月)

③ 出産したことがありますか はい ・ いいえ

\*はいの方は、お答え下さい。( )回 ( 年 月)・( 年 月)・( 年 月)

④ 基礎体温をつけていますか はい ・ いいえ

・二相性ですか はい ・ いいえ

・高温期は約 14 日間ありますか はい ・ いいえ

⑤ 卵管の通過性の検査をしたことが ある ・ ない

・狭窄(狭いところ)があるといわれましたか はい ・ いいえ

・閉塞(つままっているところ)があるといわれましたか はい ・ いいえ

⑥ フーナーテスト(性行為子宮粘膜の精子の有無の検査)をしたことがありますか。

はい ・ いいえ

・検査の結果、精子が子宮に届いてないといわれましたか はい ・ いいえ

⑦ 人工授精(AIH)を受けたことが ある ・ ない

・どこで何回受けましたか ( )で ( )回

( )で ( )回

⑧ 体外受精(IVF)を受けたことが ある ・ ない

・どこで何回受けましたか ( )で ( )回

( )で ( )回

⑨ 顕微授精(ICSI)を受けたことが ある ・ ない

・どこで何回受けましたか ( )で ( )回

( )で ( )回

⑩ 今までかかった病気をご記入ください。

( )

※お願い※

①ご本人以外で連絡がつく番号をご記入下さい。（急な日時変更等で必要な場合があります。）

ご本人以外の連絡先のお名前 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

TEL \_\_\_\_\_（携帯もしくはご自宅）

時間帯 \_\_\_\_\_（個人名で ・ 病院名で）

※ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。（はい ・ いいえ）

（留守録 OK ・ NO）

②必要時、検査結果等を郵送することがあります。

郵送先 \_\_\_\_\_（自宅 ・ 自宅以外）→自宅以外の場合は下記に宛先と宛名をご記入してください。

宛先〒 \_\_\_\_\_

宛名 \_\_\_\_\_

差出人名 \_\_\_\_\_（個人名で ・ 病院名で）

最後にアンケートにご協力をお願いします。

当リプロダクションセンターに受診された経緯をおきかせください。

a. 他院からの紹介

b. パートナーがかかっているから

c. 家族・友人からの紹介

d. 治療施設を自分でさがして

⇒ 当リプロダクションセンターを何でお知りになりましたか。（複数回答可）

ホームページ

メディア（新聞・雑誌・TV）

チラシ・リーフレット

その他（ \_\_\_\_\_ ）

e. その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。