

ご本人様

お名前 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳
身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 型 RH () 国籍 _____
ご職業 _____ 過去のご職業 _____ 勤務地 _____
ご住所 〒 _____
TEL _____ 携帯TEL _____

ご主人様 (パートナーの方)

お名前 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳
ご職業 _____ 国籍 _____ 携帯TEL _____

緊急連絡先 (ご自身以外 ご主人様/ご両親様など)

1. お名前 (関係) TEL (携帯・職場・)
2. お名前 (関係) TEL (携帯・職場・)

*個人情報 は 当院が診療に必要な用途以外には使用いたしません。

*万が一 クリニックから ご自宅に連絡する際は、クリニック名 (松本レディースクリニック) を _____ 良い・悪い
告げても良いか。 _____

*連絡するのは (ご本人のみ ・ ご主人様でも可 ・ どなたでも可)

1) 今日 は どの よう な こと で おい で に な り ま し た か。 (当てはまる項目に○をつけてください。)

1. 不妊の相談 (口検査 口 タイミング法 口人工受精 口体外受精)
*不妊期間 年 力月 (避妊してない期間)

2. セカンドオピニオン (不妊治療相談) 3. 男性不妊相談 4. 性交障害
5. 生理不順 6. 下腹痛 7. おりもの 8. かゆみ 9. 癌検診
10. その他 ()

2) 月経について

1. 最近の (最後の) 月経はいつありましたか。 _____ 月 日 から _____ 月 日
2. その前の月経はいつありましたか。 _____ 月 日 から _____ 月 日
3. 初めてあった年齢は _____ 歳
4. 月経は順調ですか。 順調 (日型) 不順 (日から 日型)
5. 月経持続期間 (日くらい)
6. 月経痛 とても強い ・ 強い ・ 殆どない ・ 下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他
7. 月経量 とても多い ・ 普通 ・ 少ない ・ 不定

3) 結婚と妊娠について

口結婚 (当時 歳) 結婚 (入籍) 年月日 (年 月 日)
口未婚
口未婚 (年 月 結婚予定)
口離婚 (当時 歳 ・ 年 月)
口再婚 (当時 歳 ・ 年 月)
口内縁 (事実婚)

セックスの経験はありますか。 はい ・ いいえ

最近性交渉はありますか。 はい ・ いいえ *記憶にある中で最も近い性交渉はいつですか。 _____ 月 日

夫婦生活 (性交渉) は一カ月に何回くらいありますか。 約 _____ 回

性交渉はありますか。 ない ・ ある

妊娠されたことはありますか。 ない ・ ある

人工中絶 (回) _____ 年 月 週 / _____ 年 月 週
自然流産 (回) _____ 年 月 週 / _____ 年 月 週
子宮外妊娠 (回) _____ 年 月 週 / _____ 年 月 週
分娩 歳 _____ 年 月 日 週 _____ g 男・女 正常分娩・帝王切開
分娩 歳 _____ 年 月 日 週 _____ g 男・女 正常分娩・帝王切開
お産は異常がありましたか。 なし ・ あり 卒乳
赤ちゃんは 異常なし ・ あり

他の病院・クリニックで不妊検査・治療を受けられた事がある患者様へ

*いつ頃 どちらの病院・クリニックにかかれていましたか？

年	月	～	H	年	月	施設名	治療内容
年	月	～	H	年	月	施設名	治療内容

*他院での検査内容（前回の妊娠時の検査・治療は除く）

検査内容		検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/>	ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉鎖）
<input type="checkbox"/>	通水検査			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉鎖）
<input type="checkbox"/>	クラミジア検査			異常なし	異常あり（内服治療済・未治療）
<input type="checkbox"/>	子宮鏡検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	不育検査			異常なし	異常あり（妊娠後治療必要あり・なし）

*体外受精治療歴 採卵回数（ 回）【体外受精（ 回）顕微授精（ 回）】移植（ 回）

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他（ ）	個	体外受精 顕微授精 その他		初期胚 個 胚盤胞 個	初期胚 胚盤胞 移植せず	

※最終移植日 年 月 日

採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他（ ）	個	体外受精 顕微授精 その他		初期胚 個 胚盤胞 個	初期胚 胚盤胞 移植せず	

※最終移植日 年 月 日

当院で治療を受けていただく前に

当院では、一人でも多くの不妊症に悩む患者様の希望を叶えるために、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様にスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解いただきたいシステムやルールがございます。これらに同意いただけない場合は診療をお受けできませんのでご了承ください。以下の内容をお読みいただき署名の上ご提出ください。

年 月 日

確認医師：

ID

1	当院は不妊治療を専門とするクリニックです。当院で検査、治療するにあたり婚姻関係の確認が必要となります。婚姻関係申告書の提出をお願いいたします。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
2	当院での不妊治療は女性年齢47歳未満の方を対象としています。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
3	患者様の取り間違い防止のためにご本人様より生年月日、氏名など繰り返し言っていたことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
4	他院での検査結果を利用する場合には印刷された書類がある場合のみとなります。書面によるデータが無い場合は当院で再検査を受けて頂きます。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
5	当院では院内感染予防、生まれてくる赤ちゃんへの影響も考えご夫婦共に感染症検査などを1年に1回実施します。初診日より1か月程度以内に受けてください。尚、お受け頂けない場合には診療はできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
6	診察結果は診療時に医師より直接お話しします。間違いを防ぐため電話でお答えすることはできません。また、診察内容に関しても特別な場合を除き電話ではお話しできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
7	投薬や診療に関するご希望は、必ず診察室で医師に申し出てください。診療終了後に看護師、受付に申し出ていただいても対応できかねますので、再度ご診察となります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
8	一度お渡ししたお薬・注射薬等は返品交換はできかねます。また基本的に間違いを防ぐため、お薬の郵送はできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
9	診療時間外の質問やお問い合わせは受けられませんので時間内にご来院ください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
10	院内では最低限のマナーをお守り頂けない場合、診察はお断りいたします。職員に対して大声をあげたり、罵倒するような行為をされた場合は以後の診察をお断りします。また、他の患者様にご迷惑になる行為は絶対におやめ下さい。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
11	マスクを着用して下さい。COVID-19、インフルエンザや風疹などの感染症にかかっている疑いのある場合や流行性結膜炎(はやり目)、ノロウイルス等などウィルス性腸炎が疑われる下痢、嘔吐がある場合などは来院はお控えください。また周りにCOVID-19感染者がいる場合も来院はお控えください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
12	円滑な治療を実施するため、夫婦の検査結果は夫婦で共有していただきます。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
13	院内での録音・撮影はご遠慮ください。また、お渡しする資料の著作権は当院に帰属しており、SNS等への転載は固くお断りします。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
14	転居した場合やお電話番号が変更になった時は速やかにお知らせください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
15	患者様の個人情報(個人情報保護法及び、当院の規定)で取り扱います。治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただく可能性があります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
16	JISART(日本生殖補助医療標準化機構)の認定を受けるにあたり、審査時に情報(カルテ)を提示することがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
17	診察費用は当日にお支払下さい。クレジットカードのご利用も可能です。詳しくは受付にお問い合わせください。診療費のお支払をして頂けない場合は以後の診察はお受けできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20 年 月 日

本人(妻) 署名(自署):

パートナー(夫) 署名(自署):

医療法人社団 愛慈会
松本レディース クリニック

松本レディースプロダクションオフィス