

## ご本人様

ふりがな お名前 _____		生年月日 S ・ H _____ 年 月 日	年齢 _____ 歳
身長 _____ cm	体重 _____ kg	BMI _____	血液型 _____ RH ( ) _____
*身長・体重は看護師記入		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)

ふりがな 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 (  検査  タイミング法  人工受精  体外受精 )  
 \*不妊期間 年 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

<input type="checkbox"/> 結婚	(当時 _____ 歳)	結婚 (入籍) 年月日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)
<input type="checkbox"/> 未婚		
<input type="checkbox"/> 未婚	( _____ 年 _____ 月 結婚予定)	
<input type="checkbox"/> 離婚	(当時 _____ 歳 ・ _____ 年 _____ 月)	
<input type="checkbox"/> 再婚	(当時 _____ 歳 ・ _____ 年 _____ 月)	
<input type="checkbox"/> 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)は一月月に何回くらいありますか。 \_\_\_\_\_ 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	検査、治療の保険適応は厚生労働省の決めたルールを順守して行うため、適応外の検査や治療は自費になります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
3	婚姻関係について虚偽の申告があった場合は、診療費用の全額を自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
4	患者様の取り間違え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だくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
5	他院で保険での胚移植を行っている場合は、必ず正確な回数を申告して下さい。保険診療における胚移植は回数の規定があります。事実と反する申告があった場合、当院で保険で受けていただいた診療内容を全額自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
6	他院での検査結果(1年以内に実施した感染症以外の項目)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"/>
7	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等を実施します。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"/>
8	診察・検査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。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
9	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"/>
10	処方された薬は必ず当日、院内で確認してください。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"/>
11	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"/>
12	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"/>
13	不織布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)、ノロウイルスなどウイ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"/>
14	妻(パートナー)の検査結果を夫(パートナー)に、夫(パートナー)の検査結果を妻(パートナー)に通知説明することについて同意します。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
15	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"/>
16	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"/>
17	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"/>
18	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"/>
19	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