

赤ちゃんがほしい方のための カウンセリングシート No.1

プライバシー厳守いたします

初診日： 年 月 日

フリガナ 氏名 _____ 様	フリガナ ご主人氏名 _____ 様
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)	生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)
身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI ()	身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI ()
血液型： _____ 型 Rh (+ ・ - ・ 不明)	血液型： _____ 型 Rh (+ ・ - ・ 不明)
初診時 血圧 (/) 脈拍 ()	職業 ()

結婚歴

結婚年齢 _____ 才 (初婚：S・H 年 月) (離婚：S・H 年 月) (再婚：S・H 年 月)

受診理由(複数回答可)

- a. 子供がほしい (第1子希望・第2子希望) b. 流産を繰り返す
c. 性交ができない (勃起不全・射精しない) d. その他 ()

避妊期間	なし ・ あり (結婚後 _____ か月)
不妊期間	赤ちゃんがほしいと思ってからできない期間 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
性生活	・ 1ヶ月の性交回数： _____ 回 ・ いつから基礎体温はつけていますか？ (_____ 年 _____ 月頃～) ・ 排卵日を (意識している・なんとなく・してない・わからない) ・ 自分で排卵日がわかりますか？ (おりものが増える、排卵痛など) はい・いいえ ・ 「排卵検査薬」を使用したことはありますか？ はい・いいえ
妊娠の経験はありますか？	ない・ある (今までの妊娠回数 _____ 回) ある方は次にお答えください (人工中絶 _____ 回、自然流産 _____ 回、分娩 _____ 回) ① _____ 年 _____ 月 (_____ 才) 妊娠 _____ 週 (病院 _____) □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 _____ g (男・女・不明) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎嚢がみえた・心拍がみえた・子宮外妊娠) ② _____ 年 _____ 月 (_____ 才) 妊娠 _____ 週 (病院 _____) □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 _____ g (男・女・不明) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎嚢がみえた・心拍がみえた・子宮外妊娠) ③ _____ 年 _____ 月 (_____ 才) 妊娠 _____ 週 (病院 _____) □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 _____ g (男・女・不明) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎嚢がみえた・心拍がみえた・子宮外妊娠) ④ _____ 年 _____ 月 (_____ 才) 妊娠 _____ 週 (病院 _____) □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 _____ g (男・女・不明) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎嚢がみえた・心拍がみえた・子宮外妊娠) ⑤ _____ 年 _____ 月 (_____ 才) 妊娠 _____ 週 (病院 _____) □分娩 (経膈・帝王切開・死産) 体重 _____ g (男・女・不明) □中絶 □流産 (妊娠反応のみ・胎嚢がみえた・心拍がみえた・子宮外妊娠)
不妊治療検査歴	今まで不妊治療、検査をしたことがありますか？ ない・ある (ある方はNo.2も記入してください)
診断名	これまでの病院ではどこが悪いといわれましたか？ 卵管・頸管粘液・排卵・精子・子宮内膜症・その他 (_____)
どんな治療を希望しますか？	① 一般不妊治療/検査 ② 人工授精を希望されますか？ はい ・ いいえ ③ 体外受精を希望されますか？ はい ・ いいえ ④ その他 (_____)
出生発育歴 (わかる範囲で結構です)	a. 生まれた時の体重 約 _____ g b. 早産の有無 (あり・なし・不明)
お仕事はされていますか？	いいえ・はい はいの方 常勤・パート 職業 (_____) 勤務時間 (_____ 時 ~ _____ 時) ※通院不可能な曜日、時間帯はありますか？ ない・ある (_____)
当院までの通院時間： 約 _____ 時間 _____ 分 通院手段 (車・電車・バス・自転車・その他)	

<p>ご主人について</p>	<p>① 結婚年齢 ____才 (初婚・再婚) 再婚と答えた方: 前妻との間の妊娠の有無 (ある・ない)</p> <p>② 今まで病気や手術をしたことがありますか? なし・あり [耳下腺炎 (成人後のおたふくかぜ)・副睾丸炎・停留睾丸・糖尿病・高熱疾患・性病・外陰部外傷・幼少時のソ経ヘルニア (脱腸) の手術・その他 ()]</p> <p>③ 現在飲んでいる薬 (名)</p> <p>④ 育毛剤の内服 あり・なし</p> <p>⑤ 薬・食物アレルギー なし・あり ()</p> <p>⑥ 治療に 協力的 (必要時精液検査も受けていただけますか? はい・いいえ) 反対 ・ どちらでもない</p> <p>⑦ 精子にいい13カ条について</p> <table border="1" data-bbox="363 488 1337 683"> <tr> <td>1) <input type="checkbox"/>朝食をとっていない</td> <td>7) <input type="checkbox"/>アルコール量が多い</td> </tr> <tr> <td>2) <input type="checkbox"/>メタボぎみ~メタボあり</td> <td>8) <input type="checkbox"/>タバコを吸っている</td> </tr> <tr> <td>3) <input type="checkbox"/>ビタミンCをとっていない</td> <td>9) <input type="checkbox"/>下着はゆったりとしたトランクスをはかない</td> </tr> <tr> <td>4) <input type="checkbox"/>ビタミンEをとっていない</td> <td>10) <input type="checkbox"/>サウナ好き、長湯好き</td> </tr> <tr> <td>5) <input type="checkbox"/>垂鉛をとっていない</td> <td>11) <input type="checkbox"/>週1~2回の射精をしていない</td> </tr> <tr> <td>6) <input type="checkbox"/>豆腐・納豆・味噌等大豆食品を食べていない</td> <td>12) <input type="checkbox"/>運動をしていない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13) <input type="checkbox"/>パソコン作業を長時間する</td> </tr> </table>	1) <input type="checkbox"/> 朝食をとっていない	7) <input type="checkbox"/> アルコール量が多い	2) <input type="checkbox"/> メタボぎみ~メタボあり	8) <input type="checkbox"/> タバコを吸っている	3) <input type="checkbox"/> ビタミンCをとっていない	9) <input type="checkbox"/> 下着はゆったりとしたトランクスをはかない	4) <input type="checkbox"/> ビタミンEをとっていない	10) <input type="checkbox"/> サウナ好き、長湯好き	5) <input type="checkbox"/> 垂鉛をとっていない	11) <input type="checkbox"/> 週1~2回の射精をしていない	6) <input type="checkbox"/> 豆腐・納豆・味噌等大豆食品を食べていない	12) <input type="checkbox"/> 運動をしていない		13) <input type="checkbox"/> パソコン作業を長時間する							
1) <input type="checkbox"/> 朝食をとっていない	7) <input type="checkbox"/> アルコール量が多い																					
2) <input type="checkbox"/> メタボぎみ~メタボあり	8) <input type="checkbox"/> タバコを吸っている																					
3) <input type="checkbox"/> ビタミンCをとっていない	9) <input type="checkbox"/> 下着はゆったりとしたトランクスをはかない																					
4) <input type="checkbox"/> ビタミンEをとっていない	10) <input type="checkbox"/> サウナ好き、長湯好き																					
5) <input type="checkbox"/> 垂鉛をとっていない	11) <input type="checkbox"/> 週1~2回の射精をしていない																					
6) <input type="checkbox"/> 豆腐・納豆・味噌等大豆食品を食べていない	12) <input type="checkbox"/> 運動をしていない																					
	13) <input type="checkbox"/> パソコン作業を長時間する																					
<p>タバコについて</p>	<p>本人 はじめから吸わない・禁煙した・吸っている</p> <p>①禁煙した ②吸っている</p> <p>喫煙開始年齢____才 喫煙開始年齢____才</p> <p>禁煙した年齢____才 喫煙本数____本/日</p> <p>禁煙前の喫煙本数____本/日</p> <p>夫 はじめから吸わない・禁煙した・吸っている</p> <p>①禁煙した ②吸っている</p> <p>喫煙開始年齢____才 喫煙開始年齢____才</p> <p>禁煙した年齢____才 喫煙本数____本/日</p> <p>禁煙前の喫煙本数____本/日</p>																					
<p>ご自身の両親の喫煙について</p>	<table border="0"> <tr> <td>妊娠前に吸っていた</td> <td>母親 (あり・なし)</td> <td>父親 (あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>妊娠中吸っていた</td> <td>母親 (あり・なし)</td> <td>父親 (あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>授乳中吸っていた</td> <td>母親 (あり・なし)</td> <td>父親 (あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>育児中吸っていた</td> <td>母親 (あり・なし)</td> <td>父親 (あり・なし)</td> </tr> </table>	妊娠前に吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)	妊娠中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)	授乳中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)	育児中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)									
妊娠前に吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)																				
妊娠中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)																				
授乳中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)																				
育児中吸っていた	母親 (あり・なし)	父親 (あり・なし)																				
<p>アルコール習慣とカフェイン習慣について</p>	<table border="0"> <tr> <td>アルコール 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む</td> <td>アルコール 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む</td> </tr> <tr> <td>ビール 焼酎 ワイン その他 ()</td> <td>ビール 焼酎 ワイン その他 ()</td> </tr> <tr> <td>カフェイン 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む</td> <td>カフェイン 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む</td> </tr> <tr> <td>コーヒー その他 ()</td> <td>コーヒー その他 ()</td> </tr> </table>	アルコール 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	アルコール 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	ビール 焼酎 ワイン その他 ()	ビール 焼酎 ワイン その他 ()	カフェイン 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	カフェイン 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	コーヒー その他 ()	コーヒー その他 ()													
アルコール 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	アルコール 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む																					
ビール 焼酎 ワイン その他 ()	ビール 焼酎 ワイン その他 ()																					
カフェイン 本人: 飲まない・時々飲む・毎日飲む	カフェイン 夫: 飲まない・時々飲む・毎日飲む																					
コーヒー その他 ()	コーヒー その他 ()																					
<p>ご夫婦の感染症について</p>	<table border="0"> <tr> <td>本人: 当院・他院</td> <td>夫: 当院・他院</td> </tr> <tr> <td>日付: _____</td> <td>日付: _____</td> </tr> <tr> <td>HBs ()</td> <td>HBs ()</td> </tr> <tr> <td>HCV ()</td> <td>HCV ()</td> </tr> <tr> <td>梅毒 ()</td> <td>梅毒 ()</td> </tr> <tr> <td>HIV ()</td> <td>HIV ()</td> </tr> <tr> <td>風疹 ()</td> <td>風疹 ()</td> </tr> </table>	本人: 当院・他院	夫: 当院・他院	日付: _____	日付: _____	HBs ()	HBs ()	HCV ()	HCV ()	梅毒 ()	梅毒 ()	HIV ()	HIV ()	風疹 ()	風疹 ()							
本人: 当院・他院	夫: 当院・他院																					
日付: _____	日付: _____																					
HBs ()	HBs ()																					
HCV ()	HCV ()																					
梅毒 ()	梅毒 ()																					
HIV ()	HIV ()																					
風疹 ()	風疹 ()																					
<p>ご家族について</p>	<p>同居家族(本人も含めて)()人</p> <p>夫・子・義父・義母・実父・実母・その他 ()</p> <p>ご家族の健康状態</p> <table border="0"> <tr> <td>実父 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>実母 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>兄・弟・姉・妹 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>兄・弟・姉・妹 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>兄・弟・姉・妹 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>義父 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> <tr> <td>義母 (才)</td> <td>健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()</td> <td>・死別</td> </tr> </table>	実父 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	実母 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	義父 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別	義母 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別
実父 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
実母 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
兄・弟・姉・妹 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
義父 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				
義母 (才)	健康・高血圧・糖尿病・甲状腺・その他 ()	・死別																				

初診日： 年 月 日

今まで不妊症の検査や治療を受けたことがある方はお答えください

いつから～いつまで (だいたい結構です)	どこの病院で

★どのような検査を受けましたか？

- A. 基礎体温 正常(二相性)・一相性・バラバラ
- B. ホルモン検査 正常・異常(詳細:)
- C. フーナーテスト(性交後試験) (年 月) 良好・やや不良・不良・その他()
- D. 子宮卵管造影または通水検査 (年 月)
 - 右: 正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他()
 - 左: 正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他()
- E. クラミジア検査 (年 月) 正常・異常 [抗体検査・抗原検査・不明]
- F. 精液検査 正常・異常
- G. その他 ()

治療内容(複数の病院に通院された方は治療周期の合計を記入してください)

- A. タイミング治療 ない・ある
 - 自然周期によるタイミング () 周期 最後に施行した時期 (年 月)
 - 排卵誘発剤(内服のみ・内服+注射・注射のみ) を使用してのタイミング () 周期 最後に施行した時期 (年 月)
- B. 人工授精 ない・ある
 - 自然周期による人工授精 () 周期 最後に施行した時期 (年 月)
 - 排卵誘発剤(内服のみ・内服+注射・注射のみ) を使用しての人工授精 () 周期 最後に施行した時期 (年 月)
- C. 妊娠の有無 ない・ある(流産・子宮外妊娠・分娩)
- D. 体外受精、顕微授精 ない・ある(詳細は次項にご記入ください)

体外受精治療歴(わからないところは空欄で構いません)

採卵/胚移植日 年/月/日	卵巣刺激法 ※1)	採卵数	受精卵数	受精法	移植胚数	移植時期 ※2)	凍結胚数	妊娠 ※3)

病院名 _____ (年 月 日)

病院名 _____ (年 月 日)

※1) 卵巣刺激法

- ロング : 採卵前周期から点鼻薬を使用し、採卵周期は連日注射
- ショート : 採卵周期から点鼻薬を使用し、採卵周期は連日注射
- アンタゴニスト : 採卵周期は連日注射、後半はアンタゴニストを併用
(アンタゴニスト=排卵を抑える注射)
- 内服と注射 : 飲み薬を服用し、注射も併用
- 内服のみ : 飲み薬のみ服用
- 自然 : 排卵誘発の薬・注射は使用しない

※2) 移植時期

採卵から何日目、または初期胚・胚盤胞等

※3) 妊娠

- (-) : 妊娠しない
- (△) : 流産
- (○) : 分娩

●生命保険について

生命保険に加入していますか？ はい・いいえ

先進医療特約に加入されていますか？ はい・いいえ

(生殖補助医療を行う際、先進医療を行う場合があります)

●宗教上の制約について

宗教上の信念で輸血を拒否する可能性がありますか？ はい・いいえ

輸血以外で宗教上医療行為に制約はありますか？ はい・いいえ

はいとお答えの方は内容をお書きください

(

)