

【女性】

1 基本情報

全て必須

ID:

予約日

西暦	年	月	日
----	---	---	---

↑ 上記部分は当スタッフが記入しますので空白でお送りください ↑

姓 名

ふりがな


氏名

生年月日

西暦	年	月	日
----	---	---	---

年齢

	歳
--	---

〒	-
---	---

住所

--

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか(選択)

はい いいえ

携帯番号

--

電話番号(自宅)

--

メールアドレス

--

職業

--

身長

	cm
--	----

体重

	kg
--	----

他のリプロダクションクリニックの診察券をお持ちの方は下記にIDをご記入ください

リプロ大阪

--

リプロ東京

--

## 2 女性問診票

全て必須

当院で希望する治療に○印を記載(選択)

一般不妊検査	タイミング法	人工授精	体外受精/顕微授精
TESE	不育検査/治療	オプション検査/治療(着床障害関連)	
セカンドオピニオン	その他( )		

当院に来られたきっかけは何ですか(選択)

医師の紹介( )	知人の紹介( )	雑誌	本
テレビ	インターネット	松林ブログ	北宅ブログ
			その他

結婚していますか(選択)

はい	いいえ (離婚 再婚 婚約)
----	----------------

結婚されている場合、それはいつですか

① 年 月	① 年 月
-------	-------

妊娠したことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

① 年 月
-------

避妊期間はありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつからいつまでですか

年 月	~	年 月
-----	---	-----

性行為に支障がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

今までに、不妊症の検査をしましたか

はい	いいえ
----	-----

生理についてお尋ねします

最終生理

月 日	~	月 日
-----	---	-----

その前の生理

月 日	~	月 日
-----	---	-----

生理周期

整の場合→( )日周期	不整の場合→最短で( )日、最長で( )日
-------------	-----------------------

量

多	中	少
---	---	---

痛み

強	中	弱
---	---	---

初潮

歳
---

薬剤や食物で何か症状が出たことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、名前と症状をお書きください

病気になったことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつ、どんな病気ですか(手術歴および現在投薬中のものは別紙に記載)

血縁のご家族に下記の病気の方はいますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

いらっしゃる場合に○をつけ、それがどなたか記載して下さい

高血圧	糖尿病	脳梗塞	心筋梗塞	狭心症	肺塞栓症	深部静脈血栓症	癌	肉腫
-----	-----	-----	------	-----	------	---------	---	----

タバコを吸いますか(選択)

はい:1日( )本	いいえ
-----------	-----

お酒を飲みますか(選択)

はい:週に( )回	いいえ
-----------	-----

職業上、有機溶剤を使用していますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

職業上、放射線や放射性物質を使用していますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ウサギを飼っていたことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

落花生のアレルギーはありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

### 3 治療歴、検査結果

	タイミング法	人工授精	採卵	胚移植	TESE
治療回数	回	回	回	回	回

#### 一般不妊検査・治療

精液検査	実施 未実施	異常なし 異常あり( )
フーナー検査	実施 未実施	異常なし 異常あり( )
子宮卵管造影	実施 未実施	異常なし 異常あり( )
子宮鏡検査	実施 未実施	異常なし 異常あり( )
クラミジア検査	実施 未実施	異常なし 異常あり( )
排卵誘発剤	使用 未使用	薬剤名( )

★ここまで必須

#### 感染症採血(過去1年以内のデータのみ記載)

\* 採血データはコピーを持参してください

妻	採血日	(+) or (-)	夫	採血日	(+) or (-)
RPR			RPR		
TPHA			TPHA		
HBsAg			HBsAg		
HCV			HCV		
HIV			HIV		

妻	ABO型	Rh型	夫	ABO型	Rh型
血液型			血液型		

採血結果	採血日	数値		採血日	数値
AMH			銅		
LH			亜鉛		
FSH			DHEAS		
プロラクチン			テストステロン		
E2			25OHビタミンD		
P4					
ft4					
TSH					

#### 4 治療・妊娠歴

##### 妊娠歴

選択肢	年月	妊娠週数	妊娠転帰	性別	出征時体重	妊娠方法	不育治療	染色体検査
			経膈分娩 帝王切開 流産 妊娠中絶 化学流産	男 女	g	タイミング 人工授精 体外受精 顕微授精		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

##### 手術、投薬歴

	年～年	疾患名	使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬)	病院名
例1	2000～2005	子宮内膜症	ディナゲスト→腹腔鏡手術(嚢腫摘出)	〇〇病院
例2	2013	内膜ポリープ	子宮鏡手術	〇〇医院
1				
2				
3				
4				
5				

##### 現在使用中の薬剤を記載

	疾患名	使用薬剤と量
例	性甲状腺機能低下症	チラーヂン 25 $\mu$ g
1		
2		
3		
4		
5		
6		

##### 現在使用中のサプリメントは服用量を記載

亜鉛
mg
DHEA
mg
ビタミンD
IU $\mu$ g
葉酸
$\mu$ g
イノシトール
g



## 6 不育歴

### 不育検査

\* 採血データはコピーを持参してください

	採血日	数値
freeT4		
TSH		
HbA1c		
空腹時血糖 (A)		
インスリン (B) AとBは同時採血		
HOMA-R=AxB/405		
NK活性		
抗核抗体		
ループスアンチコアグラント		
抗カルジオリピン抗体 IgG		
抗カルジオリピン抗体 IgM		
抗PE抗体 IgG キニノーゲン(+)		
キニノーゲン(-)		
抗PE抗体 IgM キニノーゲン(+)		
キニノーゲン(-)		
抗CL-beta2GPI複合体抗体 IgG		
抗CL-beta2GPI複合体抗体 IgM		
プロトロンビン抗体aPS/PT IgG		
プロトロンビン抗体aPS/PT IgM		
aPTT		
PT-INR		
第XII(12)因子		
プロテインC活性		
プロテインS活性		

染色体検査	採血日	染色体
妻		
夫		

### 不育治療歴(選択)

チラーヂン	グリコラン	アスピリン	ヘパリン	イントラリピッド	IVIG
ステロイド	ピシバニール	オルガラン	夫リンパ球免疫療法	その他	