

【女性】

1 基本情報

全て必須

ID:

予約日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

ふりがな 氏名	姓	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					

妊娠歴

選択肢	年月	妊娠週数	妊娠転帰				性別 男 女	出征時体重 g	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	タイミング	人工授精	体外受精		
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	潜在性甲状腺機能低下症	チラーヂン 25 μ 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	DHEA	ビタミンD
mg	mg	IU
葉酸	イノシトール	μ g
μ g	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	