

【女性】

1 基本情報

全て必須

(当院使用)

スキャン

郵送フォーム(1枚につきA4紙に1枚で印刷、**縮小不可、裏表印刷不可**)
可能な限り、エクセルで入力し、メールでの送信をご利用ください。

- ①青く色がついているところを記載してください。印刷はカラーでなくても差支えありません。
- ②選択枝のあるものは、答えに近いものを選択枝を丸で囲み、自由記載は最小限にしてください。
- ③日付は**全て西暦**で記載し、**2018/4/15の形式で年・月・日をすべて記載**してください。
- ④お手数ですが、治療歴や不育症検査の結果等、検査結果のコピー送付で代用したりご自身独自に作成されたものを送付はせず、必ず**当院のフォームに記載**して送付してください。
- ⑤当院へのメッセージ等は不要です。

| | | | | | |
|---|--------------------|---------|-----|-------|-----|
| 予約日 (当院使用欄) | 年月日(曜日) / / () | 時間 : | ID: | 当院使用欄 | |
| お電話は、土日は混みあいます。ご予約のお電話は平日11:00-19:00(月曜日は-17:00)をご検討ください。 | | | | | |
| 妻ふりがな | 姓 | 名 | 発番 | Wチェック | |
| 妻氏名(姓・名) | | | | | |
| 夫氏名(姓・名) | | | | | |
| 妻生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 夫生年月日 | | | | | |
| 郵便番号 | | | | | |
| 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(妻/夫) | | | | | |
| 電話番号(自宅) | | | | | |
| メールアドレス | | | | | |
| 職業(妻/夫) | | | | | |
| 身長(整数) | | cm | | | |
| 体重(整数) | | kg | | | |

他のリプロダクションクリニックの診察券、もしくはご主人が初診済の場合は下記にIDをご記入ください

リプロ大阪

夫ID
(リプロ東京)

2 女性問診票 全て必須

当院で希望する治療(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()

当院にご予約されたきっかけ

医師の紹介 知人の紹介 患者ブログ インスタ 鍼灸師の紹介 雑誌
 本 テレビ インターネット 松林ブログ 北宅ブログ 公式ブログ
 ホームページ 説明会を聞いた その他()

結婚(法律婚)されていますか

はい いいえ (事実婚 離婚 再婚 婚約)

結婚されている場合、それはいつですか

(西暦) 年 月

妊娠したことがありますか

はい いいえ

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

(西暦) 年 月

性行為に支障がありますか

はい いいえ 詳細

今までに不妊症の検査をしましたか

はい いいえ ←詳細は次ページに記載

月経についてお尋ねします

↓2018/04/03の形式で記載

最終月経開始日

その前の月経開始日

月経周期

整の場合 日周期

不整の場合 最短で 日周期

最長で 日周期

月経の量

多・中・少

月経痛

強・中・弱

初潮

歳

タバコを吸いますか

本人・夫・両方・いいえ

1日 本

お酒を飲みますか

はい いいえ

週 回

職業上、有機溶剤を使用していますか

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

はい いいえ

ウサギや羊を飼っていたことがありますか

ウサギ・羊・両方・どちらもない

落花生(ピーナッツ)のアレルギーはありますか

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

はい いいえ

子宮けい癌検査を受けたことがありますか

はい いいえ

(子宮けい癌検診は必ず受けることを推奨します)

3 女性問診票 全て必須

薬剤や食べ物で症状(アレルギー等)が出たことはありますか はい いいえ
 ある場合詳細(特に、卵と大豆は必ず記載)

| | 原因物質 | 症状 |
|---|------|----|
| ① | | |
| ② | | |
| ③ | | |
| ④ | | |

病気(高血圧や喘息含む)や手術の経験はありますか はい いいえ
 ある場合詳細

| | 病名・手術名等 | 時期(西暦 or 年齢) |
|---|---------|--------------|
| ① | | |
| ② | | |
| ③ | | |
| ④ | | |

病院で処方されている薬はありますか はい いいえ
 ある場合詳細

| | 病名・手術名等 | 薬剤名と1日の合計内服量 |
|---|-------------|----------------------|
| 例 | 潜在性甲状腺機能低下症 | チラーヂンS 25 μ g 1錠 |
| ① | | |
| ② | | |
| ③ | | |

下記のサプリメントを内服していますか

| | サプリメント名 | 量 | |
|---|--------------------------|---|---------|
| ① | ビタミンD(μ gではなくIUで記載) | | IU |
| ② | DHEA | | mg |
| ③ | 葉酸 | | μ g |
| ④ | イノシトール | | g |
| ⑤ | 亜鉛 | | mg |

血縁のご家族に下記の病気の方はいますか はい いいえ
 いる場合は誰かを記載

| | | | |
|---------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> | 高血圧 | <input type="checkbox"/> |
| 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> |
| 狭心症 | <input type="checkbox"/> | 癌 | <input type="checkbox"/> |
| 肺塞栓症 | <input type="checkbox"/> | 肉腫 | <input type="checkbox"/> |
| 深部静脈血栓症 | <input type="checkbox"/> | | |

4 治療歴、検査結果

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

一般不妊検査・治療

| | 実施の有無 | 正常or異常 | 異常の場合の詳細 |
|---------|-------|--------|----------|
| 精液検査 | 有り 無し | 正常 異常 | |
| フーナー検査 | 有り 無し | 正常 異常 | |
| 子宮卵管造影 | 有り 無し | 正常 異常 | |
| 子宮鏡検査 | 有り 無し | 正常 異常 | |
| クラミジア検査 | 有り 無し | 正常 異常 | |
| 排卵誘発剤 | 有り 無し | 薬剤名→ | |

~~~~~

#### 感染症採血(最新のデータを記載、当院で治療される場合は当院で再検査いたします)

感染症は、陽性の場合には日付が分からなくても記入してください。

| 妻     | 採血年・月・日(西暦) | (+) or (-) | 夫     | 採血年・月・日(西暦) | (+) or (-) |
|-------|-------------|------------|-------|-------------|------------|
| RPR   |             |            | RPR   |             |            |
| TPHA  |             |            | TPHA  |             |            |
| HBsAg |             |            | HBsAg |             |            |
| HCV   |             |            | HCV   |             |            |
| HIV   |             |            | HIV   |             |            |

#### 血液型(当院で治療される場合は当院で再検査します)

| 妻   | ABO型 | Rh型 | 夫   | ABO型 | Rh型 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 血液型 |      |     | 血液型 |      |     |

#### その他の採血(最新のデータを記載)

| 採血結果       | 採血年・月・日(西暦) | 数値 |           | 採血年・月・日(西暦) | 数値 |
|------------|-------------|----|-----------|-------------|----|
| AMH(ng/mL) |             |    | 銅         |             |    |
| プロラクチン     |             |    | 亜鉛        |             |    |
| ft4        |             |    | DHEAS     |             |    |
| TSH        |             |    | テストステロン   |             |    |
| TPO抗体      |             |    | 25OHビタミンD |             |    |





## 7 不育歴

### 不育検査

|                       | 採血年月日(西暦) | 数値 |
|-----------------------|-----------|----|
| 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                  |           |    |
| 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 | 採血年月日(西暦) | 染色体 |
|-------|-----------|-----|
| 妻     |           |     |
| 夫     |           |     |

### 今まで行った不育治療歴(選択)

|     |  |
|-----|--|
| 治療1 |  |
| 治療2 |  |
| 治療3 |  |
| 治療4 |  |