

【女性】

1 基本情報

全て必須

(当院使用欄)

発番

Wチェック

エクセル送信専用フォーム(iOSのnumbers形式不可)

(印刷して使用する場合、1枚につきA4用紙1枚で印刷、縮小不可)

可能な限りエクセルのままメールでの送信をご利用ください。

①青および赤く色がついているところを全て記載してください。赤は選択枝です(ダブルクリックして選択、選択枝がある場合、選択枝以外の言葉は入力しないでください)(エクセルのバージョン等により選択枝が出ないこともあります)。枠外には何も記載できません。

②選択枝のあるものは選択枝からしか選べませんのでご了承ください

③日付は、1970/04/03などの形式で記載してください。全て半角(1970)で入力し、全角(1970)は使わず、数字と数字の間は半角スラッシュ(/)とし、ドット(.)や中黒(・)は使えません。

④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ではなく、必ず当院のフォームに記載してください。

⑤ファイルを圧縮したり、パスワードをかけたり、ファイル形式を変えず、必ずそのまま送ってください。

⑥到着後半年以内にご予約がない場合は適切な方法で廃棄いたしますのでご了承ください。

送付先: contact@reptokyo.jp 件名に「初診問診票 リプロ ハナコ」等と入力してください

!!Numbers(Mac,iPad)で作成された場合は、必ず!!Excel形式に変換してお送りください!!

●メールには問診表以外のファイル(検査データ等)は添付しないでください。

予約日
(予約済の場合)

20 / / () :

患者ID

(当院使用欄) よく確認して入力!

姓 名

妻ふりがな

妻氏名(姓・名)

夫氏名(姓・名)

西暦 年 月 日 年齢

妻生年月日

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)

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

ご使用のエクセルのバージョン

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① 全て必須

当院で希望する治療(選択)

①	
②	
③	
その他	

- 1)セカンドオピニオンのみをご希望(相談のみ)の場合はセカオピ料をいただくことがあります。
2)保険体外受精には年齢制限(42歳以下)、回数制限があります。

当院にご予約されたきっかけ

①	
②	
紹介元の医師・鍼灸院名等	

結婚(法律婚)されていますか

結婚されている場合、それはいつですか

(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
------	----------------------	---	----------------------	---

妊娠したことがありますか

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
------	----------------------	---	----------------------	---

性行為に支障がありますか

<input type="text"/>	詳細	<input type="text"/>
----------------------	----	----------------------

今までに不妊症の検査をしましたか

<input type="text"/>	←詳細は次ページに記載
----------------------	-------------

月経についてお尋ねします

↓ 2022/04/03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	<input type="text"/>	日周期
不整の場合	最短で <input type="text"/>	日周期
	最長で <input type="text"/>	日周期

月経の量

月経痛

初潮

<input type="text"/>	歳
----------------------	---

本人もしくは夫は、タバコを吸いますか

<input type="text"/>	1日	<input type="text"/>	本
<input type="text"/>	週	<input type="text"/>	回

お酒を飲みますか(本人のみ)

職業上、有機溶剤を使用していますか

職業上、放射線や放射性物質を使用していますか

血栓症にかかったことがありますか

ヒマワリのアレルギーはありますか

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか

子宮けい癌検査を受けたことがありますか

(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②

全て必須

薬や食物で症状(アレルギー等)が出たことはありますか
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
ある場合詳細(ない場合は記入しない)

	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
ある場合詳細(飲んでいない部分は記入しない)

	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(飲んでいない部分は記入しない)

	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
いる場合は誰かを記載

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

4 治療歴、検査結果

治療回数(ない場合は、「0」を記入)

タイミング法	人工授精	採卵	胚移植	TESE
			保険 回/自費 回	

一般不妊検査・治療

	実施の有・無	正常・異常	異常の場合の詳細
精液検査			
フーナー検査			
子宮卵管造影			
子宮鏡検査			
クラミジア検査			
慢性子宮内膜炎 着床の窓			

↑この欄も必ず記載してください。実施なしの場合は実施有無に「無」と記載↑

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		

↑枠を崩さないでください 単位は記載しないでください。↑

7 不育

不育検査

	採血年月日(西暦)	数値(「%」やその他単位等は不要)
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	