

【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、2021/4/15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。
⑥郵送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。

予約日 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。

姓 名 発番 Wチェック
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) 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)

1) セカンドオピニオンのみをご希望(他院治療についての相談のみを希望)の場合はセカオピ料がかかります。  
2) 保険体外受精には年齢制限と回数制限があります。

プレコンセプションケア 一般不妊検査 タイミング法 人工授精  
体外受精/顕微授精(保険) 体外受精/顕微授精(自費)  
卵子凍結(東京都の助成を利用) 卵子凍結(助成は利用しない)  
TESE 不育検査/治療 着床不全検査(オプション検査)  
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 (いくつでも)

医師の紹介( )、鍼灸師の紹介( )、知人の紹介  
患者ブログ 患者インスタ、X(Twitter)、Threads、TikTok、AI(chatGPT等)の推奨  
雑誌 本 テレビ、ホームページ、説明動画、インターネット(google検索等)  
松林ブログ リプロ東京公式ブログ、リプロ公式インスタ

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  
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  
性行為に支障がありますか  
今までに不妊症の検査をしましたか  
月経についてお尋ねします

はい いいえ ( 事実婚 離婚 再婚 婚約 )

(西暦) 年 月

はい いいえ

(西暦) 年 月

はい いいえ

詳細

はい いいえ

←詳細は次ページに記載

↓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

お酒を飲みますか

はい いいえ

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

血栓症にかかったことがありますか

はい いいえ

ヒマワリ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)

1日 本  
週 回

### 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 $\mu$ 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( $\mu$ gではなくIUで記載)		IU
②	DHEA		mg
③	葉酸		$\mu$ 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

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
風疹抗体	有・無	正常・異常	検査結果:
精液検査	有・無	正常・異常	検査結果:
フーナー検査	有・無	正常・異常	
子宮卵管造影	有・無	正常・異常	
子宮鏡検査	有・無	正常・異常	
クラミジア抗原 (採血:IgA IgG)	有・無	正常・異常	治療しましたか?
クラミジア抗体 (核酸増幅:PCR)	有・無	正常・異常	治療しましたか?
慢性子宮内膜炎	有・無	正常・異常	結果詳細:
着床の窓	有・無	正常・異常	結果詳細:

~~~~~

↑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)

| 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   |             |            |

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。

#### 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。↑





