

【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。

年月日(曜日)	時間	ID:	↓ 当院使用欄
予約日	/ / ()	:	

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
妻ふりがな		Wチェック
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
月経痛
初潮

多・中・少
強・中・弱
歳

タバコを吸いますか
お酒を飲みますか
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)

本人・夫・両方・いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ

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、大豆、ラテックス[天然ゴム]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	☐	高血圧	☐
心筋梗塞	☐	糖尿病	☐
狭心症	☐	癌	☐
肺塞栓症	☐	肉腫	☐
深部静脈血栓症	☐		

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	有・無	正常・異常	治療しましたか?
(内診:核酸増幅:PCR)			
クラミジア抗体	有・無	正常・異常	治療しましたか?
(採血:IgA/IgG)			
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。↑					

5 治療・妊娠歴

妊娠歴

	西暦年/月	妊娠週数	妊娠転帰(選択)	性別	出生時体重	妊娠方法(選択)	不育治療(手入力)	染色体検査
例	2017/4	41	経膈分娩 帝王切開 流産(胎嚢確認後、21週未満) 流産(心拍確認後、21週未満) 化学流産(胎嚢確認前) 子宮外妊娠、 死産(22週以降) 妊娠中絶 この欄は必ず選択枝から選択 選択肢を改変しないでください	男	2506g	自然妊娠 タイミング 人工授精、 新鮮胚移植 凍結胚移植(自然周期) 凍結胚移植(ホルモン補充周期) この欄は必ず選択枝から選択 選択肢を改変しないでください	バイアスピリン、ヘパリン	46,XX
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

6 ART歴(採卵記入欄の下に、凍結胚移植記入欄があります)

採卵＋新鮮胚移植(凍結融解胚移植は下の欄)												
受精数とは受精卵になった数のことです。 凍結できた数のことではありません。												
年 月	クリニック名	方法	保険 /自費	使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬)	採れた卵子 の総数 (未熟含む)	体外受精をして受精した数 /体外受精を実施した数	顕微授精をして受精した数 /顕微授精を実施した数	新鮮胚移植を 実施した場合、 そのグレード	新鮮胚移植の結果	その周期で 凍結できた数	凍結胚 グレード	PGT-Aの有無 正常・異常・モザ イク詳細
例1	2016/05	〇〇クリニック	ショート法	保険	ブセレリン、ゴナールエフ、オビドレル	10	1/5.	4/5.	4AA	陰性	4	6G3, 4BA, 3BB, 3CC
例2	2016/11	× ×クリニック	アンタゴニスト法	自費	クロミッド1x10、セトロタイドx1、ブセレリン	3	－	2/3.	8G1	HCG 15→化学流産	0	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

凍結胚移植												
年 月	クリニック名	方法	保険 /自費	使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬)	移植数	移植胚 グレード	PGT-Aの有無	妊娠判定	HCG値	胎嚢数	妊娠転帰	
例1	2016/05	〇〇クリニック	ホルモン補充	保険	エストラーナ、ルテウム	1	4BA	＋	130	1	心拍確認後8週流産	
例2	2016/11	× ×クリニック	自然周期	自費	レトロゾール、HMG富士150、ブセレキュア、アスピリン	2	6G3+3CC	－	<0.5	－	－	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												

## 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	