

スタッフ記入欄		
保 オン資	保 原本	限度額
		有 なし

## 問診票

ふりがな お名前			生年月日 西暦	年	月	日	年齢	歳
			血液型 型 Rh( ) ←分かる方のみご記入ください					
携帯電話			身長	cm		体重	kg	
e-mail	@ ※アンケートメールが配信される場合があります			職業				
住所	(〒 - )							
湘南美容グループの会員ですか？		<input type="checkbox"/> 会員(統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> 非会員(統一診察券を持っていない)						
六本木レディースクリニックを何で知りましたか？			<input type="checkbox"/> 湘南美容グループ会員紹介( 様/ID: /院: ) <input type="checkbox"/> 知人・医療機関紹介( 様)					
湘南美容グループ(ロメルマガ <input type="checkbox"/> 院内放送 DVD・リーフレット) <input type="checkbox"/> 電車広告 <input type="checkbox"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> Youtube( ) <input type="checkbox"/> クチコミサイト( <input type="checkbox"/> 不妊治療 net <input type="checkbox"/> 子宝ねっと <input type="checkbox"/> 不妊みんなの体験談 <input type="checkbox"/> アイメッド <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> Google, Yahoo!等検索サイト <input type="checkbox"/> その他( )								
緊急連絡先	氏名:		(続柄: )		携帯電話:			
	住所: <input type="checkbox"/> 本人と同じ ※異なる場合は記載をお願い致します。 (〒 - )							

### I. 月経について

1	月経周期	順調( )日周期 / 不順 / 閉経						
		最終生理 年 月 日から 日間						
		ピル内服 無 / 有 (種類: )						
2	性交経験	無 / 有						

### II. 妊娠・出産歴 ない / ある (※ある方は下記ご記入ください)

1	回数	妊娠	回	分娩	回	自然流産	回	人工妊娠中絶	回
2	詳細	妊娠または出産		妊娠週数	妊娠方法		分娩経過		
		① 年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精		1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 死産 4. 流産 5. 早産 6. 中絶			
		② 年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精		1. 2. 3. 4. 5. 6.			
		③ 年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精		1. 2. 3. 4. 5. 6.			
		④ 年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精		1. 2. 3. 4. 5. 6.			

### III. 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	既婚( 年 月) / 近々結婚の予定 / 未婚 / 事実婚						
		夫	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)						
		妻	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)						
2	不妊期間	年 ヶ月 ※避妊をせずに妊娠しない期間							
3	夫婦生活	不妊期間中の性交渉 無 / 有 ( 月・週 回)							

## 問診票

IV. これまでに下記のような病気にかかったことがありますか？(持病があればご記載ください)

喘息 糖尿病 高血圧 不整脈 心疾患 甲状腺疾患 肝疾患 子宮内膜症  
子宮筋腫 その他( )

V. これまでに手術をしたことがありますか？

時期	病名	手術法・処置	備考
S・H・R 年 月頃			
S・H・R 年 月頃			

VI. アレルギーはありますか？ ない / ある↓

薬品( ) / 食べ物( ) / その他( )

VII. 現在服用している薬はありますか？

1	薬	無 / 有 ( )
2	サプリメント	無 / 有 ( )

VIII. 日常生活について

1	飲酒	無 / 時々 / ほぼ毎日
2	喫煙歴	無 / 有 ( 本/日) / 過去に吸っていた ( 年 月に禁煙)

IX. 医療行為について (何かご希望があればその他の欄にご記載ください)

1	アルコール消毒	可 / 不可 (かぶれる等の皮膚トラブルがある)
2	採血	過去に気分不快になったことが ない / ある / 横になって採血希望
3	その他	

I. 本日のご相談内容について

- 本日は相談のみ
- 一般不妊治療希望 【 タイミング法(自然妊娠)・人工授精 】
- 体外受精希望 (顕微授精・胚移植含む)
- 卵子凍結希望
- AMH 検査のみ希望  不妊ドック希望  NS 無料相談希望(その他に具体的な相談内容を記載下さい)
- その他 具体的な相談内容があればご記載ください

( )

II. 今までに行った不妊治療(一般不妊・検査)について ない / ある↓

	検査・治療法		
1	タイミング法	薬剤使用	なし / あり ( ) 回
2	人工授精	薬剤使用	なし / あり ( ) 回
3	クラミジア検査	年 月	陽性 / 陰性
4	甲状腺検査	年 月	正常 / 異常
5	卵管検査(造影・通水)	年 月	正常 / 異常
6	精子不動化抗体	年 月	陽性 / 陰性
7	フーナーテスト	年 月	正常 / 異常

III. 体外受精・顕微授精をされたことのある方へ

(お分かりになる範囲で結構ですので、以下の項目のご記入をお願いいたします。)

採卵	時期	排卵誘発	採卵数	受精方法	受精数	胚盤胞数	移植可能胚数	実施病院名
1回目	年 月	自然・クロミッド ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 その他( )	個	体外受精 顕微授精	個	個	個	
2回目	年 月	自然・クロミッド ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 その他( )	個	体外受精 顕微授精	個	個	個	
3回目	年 月	自然・クロミッド ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 その他( )	個	体外受精 顕微授精	個	個	個	
4回目	年 月	自然・クロミッド ショート法・ロング法 アンタゴニスト法 その他( )	個	体外受精 顕微授精	個	個	個	

移植	時期	移植方法	状態	アシステッドハッチング	妊娠	実施病院名
1回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
2回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
3回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
4回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
5回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
6回目	年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。