

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	<input type="checkbox"/> 既婚 結婚年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 近々結婚の予定 <input type="checkbox"/> 未婚	
住所	(〒 -)	
SBCグループの会員ですか?	<input type="checkbox"/> SBC 会員 (統一診察券を持っている) <input type="checkbox"/> SBC 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"/> SBC 会員紹介 (様/ID: /院:) <input type="checkbox"/> 知人・医療機関紹介 (様)	
<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"/> ブログ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> インスタグラム <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。 (〒 -)	

2週間以内に海外の渡航歴はありますか?	いいえ・はい (国/都市名)
発熱・呼吸器症状 (咳・喀痰・鼻汁など) はありますか?	いいえ・はい (症状)

本日はどのようなことで受診されましたか? ※妊娠をご希望の方は、3枚目も必ずご記入ください。

この1年間に婦人科検診を受けたことがありますか? はい ・ いいえ
→ はいの方: 子宮頸がん検査 () 月ごろ 結果: 問題なし/クラス ()

1) 本日 AMH 検査でご来院の方へ

AMH と一緒に本日は採血検査もごございます。ご希望の場合はチェック欄に○印をご記入ください。

料金 チェック欄

風疹	風疹の抗体価を調べます	2030 円	
	※妊娠初期で風疹にかかると胎児に先天性の障害を起こすリスクが高まります		

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。

問診票

2) 生理について

- ・一番最近の生理開始日 (月 日から 日間 / 不明)
- ・初潮年齢 () 歳 ・性交経験 (あり・なし) ・閉経年齢 () 歳

3) 月経周期について

順調 (日周期) ・不順 ()

4) 今まで妊娠したことはありますか? 【ない・ある】

→「ある」にチェックされた方は下記も記入して下さい

【妊娠回数 回】【分娩回数 回】 (自然流産 回、人工妊娠中絶 回)

分娩時期	年齢	妊娠方法	分娩方法
年 月 日(妊娠 週)	歳	自然・人工授精・体外受精	正常分娩・帝王切開
年 月 日(妊娠 週)	歳	自然・人工授精・体外受精	正常分娩・帝王切開

5) おりものの異常がありますか? 【ない・ある (あるの方は下に記入してください)】

(量が多い・においが気になる・白く多量・水っぽい・赤い) いつ頃からですか ()

6) かゆみが気になりますか? 【いいえ・はい】 はいの方はいつ頃からですか ()

7) 排尿痛・外陰部の痛みはありますか? 【ない・ある】

頻尿: あり・なし 残尿感: あり・なし

8) 持病について 【ない・ある (あるに該当する方は詳しく教えてください)】

高血圧・喘息・心疾患・不整脈・糖尿病

アレルギー (食物: 薬剤:)

その他 ()

9) 今までに大きな病気や手術を受けたことはありますか? 【いいえ・はい】

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

10) アルコール綿で皮膚がかぶれたりすることがありますか? 【ない・ある】

11) 採血で気分が悪くなることはありますか? 【ない・ある】

12) 現在服用している薬はありますか? 【ない・ある ()】

13) 飲酒について [飲まない・飲む (種類 _____、週に _____ 回、 _____ 本・杯]

14) 喫煙について [吸ってない・禁煙した (_____ 年 _____ 月頃から)・吸っている (_____ 本/日]

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。

問診票

妊娠をご希望の方は3枚目もご記入ください。

妊娠をご希望の方用 問診票

- 実質避妊しないで妊娠しない期間はどれくらいですか？ [_____年_____ヵ月]
- 本日の診察について希望する方にチェックをしてください
 本日は相談のみ 本日から可能な検査を開始して最短での妊娠を希望
- 妊娠についてのお考え・ご希望に近いものにチェックをしてください
 自然妊娠を目指したい 人工授精までの治療は考えている すぐにも体外受精・顕微授精を希望する
 必要に応じては体外受精・顕微授精を希望する まだ分からないので、医師と相談をしながら決めたい
- 今まで施行されたことのある検査・治療について ※施行されていない検査につきましては、記入の必要はございません。
 - ホルモン検査 _____年 _____月 (異常あり・なし)
 - 抗精子抗体 _____年 _____月 (陽性・陰性)
 - 卵管造影 _____年 _____月 (異常あり・なし)
 - タイミング合わせ () 回
 - 精液検査 _____年 _____月 (異常あり・なし)
 - 人工授精 () 回
 - クラミジア検査 _____年 _____月 (陽性・陰性)
 - 体外受精 () 回
 - 子宮頸がん検査 _____年 _____月 (異常あり・なし)
 - 顕微授精 () 回
 - 感染症検査 (B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒) _____年 _____月 (異常あり・なし)
- 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	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	

移植	胚移植時期	移植方法	状態	アシステッドハッチング	妊娠の有無	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	

※こちらの原本はスキャン後破棄させていただきます。