

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)	
当院のInstagramをご存じですか？	<input type="checkbox"/> フォローしている <input type="checkbox"/> 見たことあるがフォローはしていない <input type="checkbox"/> 知らない/フォローしていない	
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)	
<input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 湘南美容グループ(□メルマガ □院内放送 DVD・リーフレット) <input type="checkbox"/> 電車広告 <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> Youtube() <input type="checkbox"/> クチコミサイト(□不妊治療 net □子宝ねっと □不妊みんなの体験談 □アイメッド □Google □その他()) <input type="checkbox"/> Google, Yahoo!等検索サイト □その他 ()		
緊急連絡先	氏名: (続柄:)	携帯電話:
	住所: □ 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？ ない / ある （※ある方は下記ご記入ください）

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？ ない / ある （※ある方は下記ご記入ください）

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 （※ある方は下記ご記入ください）

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。