

## 問診票(女性用)

ふりがな お名前	生年月日 西暦                      年    月    日 年齢    歳	
	血液型                      型 Rh(                      )	
携帯電話	身長                      cm	体重                      kg
e-mail	@	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)		
当院のインスタグラムをご存じですか？ <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"/> インスタグラム <input type="checkbox"/> 湘南美容グループ(□メルマガ □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( <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。 (〒                      -                      )	

### 妊娠・出産歴 無 / 有 (※ある方は下記もご記入ください)

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西暦	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西暦	年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精			1. 2. 3. 4. 5. 6.	
		③西暦	年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精			1. 2. 3. 4. 5. 6.	
		④西暦	年 月 才	週	自然・人工授精・体外受精			1. 2. 3. 4. 5. 6.	

### 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	既婚(西暦                      年    月) / 近々結婚の予定 / 未婚 / 事実婚
		夫	初婚 / 再婚 (子ども 無 / 有)
		妻	初婚 / 再婚 (子ども 無 / 有)
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)	

### 月経について

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

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？ 無 / 有（※ある方は下記もご記入ください）

- 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( )

これまでに手術をしたことがありますか？ 無 / 有（※ある方は下記もご記入ください）

時期	病名	手術法・処置	備考
西暦 年 月頃			
西暦 年 月頃			

現在服用している薬はありますか？

1	薬	無 / 有 ( )
3	サプリメント	無 / 有 ( )

アレルギーはありますか？ 無 / 有（※ある方は下記もご記入ください）

薬品( ) / 食べ物( ) / その他( )

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 (西暦 年 月に禁煙)

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 無 / 有 / 横になって採血希望
3	その他	

-----  
本日のご相談内容について

- 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

( )

今までに行った不妊治療(一般不妊・検査)について 無 / 有 (※ある方は下記もご記入ください)

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

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	西暦 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	西暦 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	西暦 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	西暦 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	西暦 年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
2回目	西暦 年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
3回目	西暦 年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
4回目	西暦 年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
5回目	西暦 年 月	自然・低刺激・ホルモン補充	新鮮・凍結	無・有	無・有	
6回目	西暦 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。