

問診票 来院日 年 月 日

妻	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 ( 才 )
	携帯番号	携帯メールアドレス
夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 ( 才 )
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅番号
		PCメールアドレス
緊急連絡先	続柄	卵子凍結をご希望の方はご本人様以外のご家族の緊急連絡先の記載をお願いします。
	フリガナ	
	氏名	
	携帯番号	

問診票記入にあたり、該当しない質問には括弧内に「無」とご記入をお願いします。  
質問は 26 項目あります。ページ最後のアンケートまでご記入いただくと幸いです。

保険診療希望 ( ) 自費診療希望 ( ) ※該当する方に○をご記入ください  
紹介状先があれば教えてください ( )

血液型\_\_\_\_型 RH ( ) 身長\_\_\_\_c m 体重\_\_\_\_k g

1. 月経歴

初潮\_\_\_\_才 月経周期\_\_\_\_日型 ( 順 ・ 不順 )  
月経痛 ( 無 ・ 有 ) 月経の量は ( 普通 ・ 多い ・ 少ない )  
最終月経\_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_日間 本日は月経\_\_\_\_日目

2. 治療開始の時期 最短 \_\_\_\_ 頃 ( )

3. 当院で希望する検査、治療は何ですか？該当する番号をご記入ください。

- ①一般的な不妊検査 ②子宮鏡検査 ③精液検査 ④AMH 検査 ⑤不育症検査 ⑥卵子凍結  
⑦タイミング療法 ⑧人工授精 ⑨体外受精 ⑩顕微授精 ⑪着床前検査 PGT-A  
⑫移送相談 (どこから、初期胚・胚盤胞・精子、何個) ⑬セカンドオピニオン  
⑭その他 ( )

該当番号 \_\_\_\_\_

4. 当院を受診するまでの経緯をお聞かせください。

---

5. オンライン診療を事前に受けられましたか (いつ: 年 月 日)

6. 結婚歴を教えてください。該当する箇所にご記入ください

結婚年齢\_\_\_\_才

結婚 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

離婚 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

再婚 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

同棲 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

婚約中 入籍予定 ( 年 月)

その他 ex 内縁、独身 ( )

7. 今までに他院で不妊治療を受けたことがありますか？

当クリニックへ転院の理由は何でしょうか？

( )

8. 不妊治療歴があれば記入してください 体外授精をされている場合は 25.のご記入もお願いします。

保険での移植回数\_\_\_\_回 保険での保管中の胚\_\_\_\_個

初診日	施設名	タイミング	人工授精	採卵回数	移植回数	保管中の胚
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	

【 】 AMH ( ng/pmol 検査日： )

【 】 卵管造影

【 】 子宮鏡 【 】 通水

【 】 精液検査 ( 正常 指摘されたこと： )

【 】 甲状腺 (内服薬： )

【 】 PRL (内服薬： )

【 】 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS)

妊娠回数 ( ) 回 ※胎嚢確認ができた数 ・出産回数 ( ) 回

妊娠時期	妊娠の方法		分娩	中絶
(記入例)	体外受精	流産( 7週) 胎嚢( + ) 心拍( + ) 掻把術( + )	分娩×	中絶×
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産( 週) 胎嚢( ) 心拍( ) 掻把術( )	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由: ) 妊娠 週 g 男・女 ( 病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産( 週) 胎嚢( ) 心拍( ) 掻把術( )	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由: ) 妊娠 週 g 男・女 ( 病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産( 週) 胎嚢( ) 心拍( ) 掻把術( )	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由: ) 妊娠 週 g 男・女 ( 病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産( 週) 胎嚢( ) 心拍( ) 掻把術( )	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由: ) 妊娠 週 g 男・女 ( 病院)				

年月	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			
年 月			

12. 感染症と言われたことはありますか？      ありの場合は括弧内に○をつけてください。

( ) B型肝炎    ( ) C型肝炎    ( ) 梅毒    ( ) HIV    その他 ( )

13. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？    アレルギーがある項目の欄にご記入ください。

その他にアレルギーがあれば空欄にお書きください。

種類	いつ頃	具体的な症状
大豆		
卵		
牛乳		
局所麻酔		
ラテックス		

14. 喘息はありますか？    ある場合は下記にご記入ください。

(最終発作：      年      月      日    吸入薬：無・有      吸入薬の名前：      )

15. 現在内服しているお薬はありますか？    ある方は薬の名前をお書き下さい。

(      )

16. 以下の自覚症状はありますか？該当する番号をご記入ください。

①乳汁分泌がある    ②性交痛    ③手のふるえ    ④体重の急激な増減    ⑤その他 (      )

該当番号    \_\_\_\_

17. 性生活はどれくらいですか？    1ヶ月の性交回数 (約\_\_\_\_回)

18. 風疹ワクチンを受けたことはありますか？    ある場合は時期をご記入ください (    年    月)

19. 子宮癌検診は最近いつ受けましたか？

( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月)      結果 (    )    病院名 (    )

20. 乳癌検診は最近いつ受けましたか？

( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月)      結果 (    )    病院名 (    )

21. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はご記入ください。

(                    )

22. タバコを吸われますか？吸う方はご記入ください。

(    本/日            年間)

23. お酒は飲まれますか？される方は例にならにご記入下さい (ex:ビール 500ml/日 3回/週)

(    ml/日            回/週)

24. 採血・内診・注射等の行為によって気分が悪くなった事がありますか？

ある方は詳細を教えてください。

(    )

25. お仕事をしている方はご記入ください

勤務形態 (    )

勤務時間 (    時    分～    時    分)    休日 (    )

職種 (    )    勤務地 (    )

通院しやすい曜日、時間帯はありますか？ (    )

26. 体外授精を行ったことがある場合はご記入ください。

<A 排卵誘発 B 受精方法 C 移植方法は以下から適切なものを選び番号を記入してください>

A：①完全自然 ②クロミッド ③クロミッド+HMG ④ロング法 ⑤ショート法 ⑥アンタゴニスト法

B：⑦ふりかけ方式（通常の IVF） ⑧顕微授精(ICSI) ⑨スプリット ICSI （IVF + ICSI）

C：⑩自然周期移植 ⑪低刺激移植 ⑫ホルモン補充周期移植

採卵	採卵年月	A 排卵誘発	排卵誘発注射 合計単位数	B 受精方法	採卵数	受精数	移植可能胚		施設名
							初期胚	胚盤胞	
例	2019 年 2 月	③	600	⑧	7	5	0	2	
1	年 月								
2	年 月								
3	年 月								
4	年 月								
5	年 月								
6	年 月								
7	年 月								
8	年 月								
9	年 月								
10	年 月								

移植	移植年月	C 移植方法	移植胚					SEET 法	胚移植後の hCG 値	妊娠の有無
			分割レベル	グレード	個数	新鮮胚 凍結胚	アシステッド ハッチング			
例	2019 年 5 月	⑫	胚盤胞	4AA	1	凍結	有	有	12.5 ng	無
1	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
2	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
3	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
4	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
5	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
6	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
7	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有

日付： 年 月 日

①当院をどうやってお知りになりましたか。(1つ選択し、括弧内に○をご記入ください)

- ( ) インターネット検索(Google・Yahoo!) (検索ワード: )
- ( ) 家族・友人・知人の紹介 (ご紹介者名: )
- ( ) 両角院長 ameba ブログ
- ( ) 他院のご紹介 (院名: )
- ( ) 鍼灸院のご紹介 (院名: )
- ( ) 書籍・雑誌 (名称: )
- ( ) その他 ( )

②当院をお選びいただいた理由を選択してください。(括弧内に○をご記入ください ※複数選択可)

- ( ) 高い医療技術
- ( ) 最新の医療設備
- ( ) 医師・スタッフの対応がいい(よさそう)
- ( ) 他施設や知り合いからの紹介だから
- ( ) 施設がきれい
- ( ) 無料の託児所がある
- ( ) アクセス・立地がよい
- ( ) その他 ( )

③下記の中で不妊治療の情報収集する方法を教えてください。

(括弧内に○をご記入ください ※複数選択可)

- ( ) インターネット検索
- ( ) 家族・友人・知人
- ( ) 妊活系アプリ
- ( ) ブログ
- ( ) Instagram
- ( ) Facebook
- ( ) Youtube
- ( ) Twitter
- ( ) 書籍・雑誌
- ( ) その他 ( )

④よく見る妊活・不妊治療メディアや SNS があれば教えてください。

例)あかほし/●●(芸能人)さんのブログ など

# 両角レディースクリニック

## 当院で治療を受けられる方へ

当院で治療を受けるにあたり、治療周期毎にお願いや注意点があります。  
確認の上、治療周期に入っていただけますようお願い申し上げます。

### 診療におけるお願い事項

- \* 当院は完全予約制です。予約なしでのご来院はできません。
- \* \*採卵・移植の周期に入っている方は原則採血があります。採血がある場合は、診察時間の 30 分前の来院となっていますので、お間違えないようご注意ください。最終採血時間に過ぎた場合は採血できません。(最終採血時間:平日 17:30、土曜 15:00、祝日 11:30)
- \* 原則医師の指定はできません。希望はお伝え頂いても構いませんがお約束できかねます。
- \* 保険診療の方は医師指名はできかねます。ご了承ください。
- \* 診察は原則 1 回です。質問事項や診察希望日程は予めまとめて頂き、診察室で医師にご相談をお願いします。多くの患者さまがご来院いただいているためご協力をお願いします。
- \* 当院は完全予約制ですが、外来が混雑している際は予約時間にご案内ができかねます。外出は可能ですが、外出中のお呼び出しはしておりません。
- \* 薬の自己中断しないようにお願いします。
- \* 時間外加算について下記頂戴しております。 料金:500 円(自費) 保険 150 円(保険)  
平日:18 時診察枠 土曜日:午後全ての診療枠 祝日:採卵移植すべての診察
- \* 平日 18 時、土曜日17時、祝日13時以降の外出はお控え頂くようお願いします。  
また、平日 18 時 30 分、土曜日17時 30 分、祝日 13 時 30 分を過ぎてお戻りになった場合は時間外加算 5500 円(税込み)を頂戴いたしますのでご了承ください。

### 採卵におけるお願い事項

- \* 初回の採卵周期の方は、生理中の来院から採卵決定まで注射指導や説明があるため午前中の来院となります。
- \* 同意書、治療計画書は採卵当日まで必ず提出をお願いします。(サインは必ずご自身・夫またはパートナーの自筆でお願いします)同意書がなければ採卵が中止になる可能性があります。
- \* 採卵周期中はタイミングや性交渉は禁止です。性交渉をとった場合は、採卵周期が中止になる可能性があります。



- \* 採卵前は排卵の可能性があるため、腹部に負担がかかる運動やストレッチはお控えください。また、採卵後は卵巣の状態により運動制限がかかることがあります。
- \* 採卵日までにネイルは必ずお外してください(両手人差し指のみ外すでも可能)
- \* 採卵時、コンタクトレンズは着用できません。コンタクトレンズケースとメガネの持参をお願いします
- \* 休養室での持ち込みのお食事は禁止です。水分は蓋のしまるペットボトルのみ持ち込みお願いします。(こぼれやすい蓋がない飲み物はお控えください。例:スターバックスコーヒーなどはお控えください)
- \* 治療の付き添いは夫、パートナーのみでお願いします。その他の方は来院をお控えください。
- \* 当院で治療を受ける場合は、全身状態がわかる採血結果・感染症結果が必要です。他院から結果を持ち込む場合は1年以内の結果を持ち込みください。当院のチェックリストが HP にありますのでご自身でチェックして頂き、来院時提出をお願いします。もし結果が足りない場合は当院で採血させていただきます。(不足項目のみの採血は行っておらず、セットでの採血のご案内となります)

日本語以外の採血結果を持ち込む場合はご自身で翻訳した上でお持ちください

他院での採血結果を持ち込む場合は、採卵・手術日・検査日までに準備をお願いします。もし準備出来ない場合は採血させていただきます。

- \* 採卵時に PFC 注入を希望の場合は、採卵決定時に医師に直接お伝えください。当日 PFC 注入を希望されても実施することはできません。
- \* 採卵時間や手術時間は曜日によって変わりますが、採卵手術時間は通常 8:15～13:00 のご案内となります。



## 移植におけるお願い事項

- \* 同意書、治療計画書・戸籍謄本は移植当日まで必ず提出をお願いします。(サインは必ずご自身・ご主人の自筆をお願いします)同意書の提出がなければ移植が中止になる可能性があります。
- \* 移植時間や SEET 法時間は曜日によって変わりますが、通常 13:00～15:00 のご案内となります。
- \* PFC 子宮内注入を希望される場合は、移植周期の生理 2～3日の診察の際に医師へお伝えください。