セキールレディースクリニック　問診票　（女性用）

スメア検査　　*クリニック使用欄

□高崎券有（本日実施）　□高崎券無（本日実施）　□高崎券有次回持参（次回実施）　□他院で実施済み　□市外

当てはまるものに ☑ または記入をしてください。

＜ご自身について＞　　記入年月日　令和 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日
氏名	（　　歳）	電話番号	携帯番号 （　　）　　－ セキールの名前で連絡させていただきます。お持ちの方は必ず記入をしてください。 その他連絡先がある方はご記入ください。※任意 自宅　・　その他（　　） （　　）　　－
住所	〒　　ー ※夫またはパートナーと住民票の住所が、 □同じである □異なる　→　理由　□単身赴任　□その他 セキールの名前で郵便物などの送付をしても構いませんか　→　□構わない　□困る （「困る」を選択された方に郵送物がある場合は院長の個人名にて送付させていただきます。予めご了承ください。）	アルコール	□強い　□普通　□弱い
		喫煙歴	□有 → □現在　本/日：　歳～現在まで □過去　本/日：　歳～　歳まで □無
職業			
血液型	（　　）型　Rh（　　）	身長・体重	（　　）cm ・（　　）kg
E-mail			

夫またはパートナーについて

フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日
氏名	（　　歳）	職業	出張の有無 □有 → □ 国外　□ 国内 □無
喫煙歴	□有　□無		

＜結婚について＞

□結婚（入籍日：平成 ・ 令和　　年　　月　　日：　　歳）□予定（令和　　年　　月　　日：　　歳）
□未婚　□事実婚

＜来院された理由＞

□子供が欲しい　□二人目以降希望　□検診　□不正出血
□不妊症の詳しい検査をしたい　□不育症の詳しい検査をしたい　□不妊症の原因を知りたい
□今後の治療について悩んでいる　□染色体検査をしたい
□心理カウンセリングを受けたい　□遺伝カウンセリングを受けたい
□ノンメディカル（社会的適応）による未受精卵子凍結　□医学的適応による未受精卵子凍結
□その他
（　　）

＜月経について＞

最終月経	年　月　日　～　月　日（　日間）				
その前の月経	年　月　日　～　月　日（　日間）				
初経	歳	閉経	歳	普段の出血期間	日間
周期	□規則的（　日周期）　□不規則（ バラバラ ・ だいたい　日 ～　日周期）				
出血量	□多い　□普通　□少ない				
月経痛	□痛い　□少し痛い　□痛くない				
鎮痛剤	□使う（ 1日　回　日間 ）　□使わない				
月経以外の痛み	□全くない　□お腹が痛い　□腰が痛い □排便で痛い　□排尿で痛い　□性交で痛い				

＜性交について＞

月に何回くらい	□ 0回　□ 1回　□ 1～3回　□4回以上
性交痛	□ ある　□ない

＜妊娠・分娩について＞

妊娠したことはありますか（ はい ・ いいえ ）

時期	週数	経過	性別	出生時体重	病院	健康
平成 ・ 令和 年　月 □自然妊娠 □当院で治療 □他院で治療	週	□出産（普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 胎児心拍確認後） □子宮外妊娠　□中絶　□死産	□男 □女	g		□健 □否
平成 ・ 令和 年　月 □自然妊娠 □当院で治療 □他院で治療	週	□出産（普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 胎児心拍確認後） □子宮外妊娠　□中絶　□死産	□男 □女	g		□健 □否
平成 ・ 令和 年　月 □自然妊娠 □当院で治療 □他院で治療	週	□出産（普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 胎児心拍確認後） □子宮外妊娠　□中絶　□死産	□男 □女	g		□健 □否
平成 ・ 令和 年　月 □自然妊娠 □当院で治療 □他院で治療	週	□出産（普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 胎児心拍確認後） □子宮外妊娠　□中絶　□死産	□男 □女	g		□健 □否
平成 ・ 令和 年　月 □自然妊娠 □当院で治療 □他院で治療	週	□出産（普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開） □流産（妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 胎児心拍確認後） □子宮外妊娠　□中絶　□死産	□男 □女	g		□健 □否

＜病気・手術・アレルギーについて＞

（婦人科・その他の）病気・症状を指摘されたことはありますか

□はい　□子宮筋腫　□子宮内膜症　□子宮腺筋症　□子宮がん　□卵巣腫瘍
□乳がん　□糖尿病　□高血圧　□心臓病　□狭心症
□心筋梗塞　□不整脈　□血栓症　□胃潰瘍・十二指腸潰瘍
□性病　□精神神経疾患　□甲状腺疾患　□脳出血　□脳梗塞
□結核　□痔（継続する出血：□有　□無）　□緑内障　□潰瘍性大腸炎
□喘息（発症：　年　月　最終発作：　年　月
治療歴：
使用薬剤：）
□その他（　）

□いいえ

現在治療している病気はありますか

□はい　病名（　）
通院している病院（　【　科】）

□いいえ

血縁者に病気の方はいますか

□はい　□高血圧（誰が　）　□糖尿病（誰が　）　□ガン（誰が　）
□結核（誰が　）　□脳出血（誰が　）　□脳梗塞（誰が　）
□心筋梗塞（誰が　）　□その他（誰が　何に　）

□いいえ

手術を受けたことはありますか

□はい　手術名（　）　病院（　）
時期（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日　歳頃 ）

□いいえ

現在常用している薬はありますか（サプリメント含む）

□はい　薬品名（　）

□いいえ

アレルギーはありますか

□はい　□花粉　□大豆　□卵　□その他（　）
どんな症状（　）

□いいえ

アルコール消毒 ： □可　□不可　　イソジン消毒 ： □可　□不可　　ラテックス手袋 ： □可　□不可

不妊治療を希望されている方は記入してください

不妊期間	年	避妊期間	年　ヶ月

□避妊をしていなかったが、妊娠しなかった　□一定期間避妊していたが、避妊をやめても妊娠しなかった

□妊娠したが流産した

今までに医師から不妊原因について説明があった方は記入してください

今後の治療についてどのような希望がありますか

□タイミング治療を中心に治療を進めたい　□人工授精を中心に治療を進めたい

□体外受精を中心に治療を進めたい　□なるべく保険の範囲内で治療を進めたい

□その他（　　）

夫またはパートナーは今後の治療に対してあなたと同じ希望を持っていますか

□はい

□いいえ　夫またはパートナーの希望を記入してください

（　　）

今までに不妊の検査を受けたことがありますか

□はい

検査名	病院	時期	検査結果
基礎体温測定		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
ホルモン（内分泌）検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
通気または通水検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
子宮卵管造影検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
腹腔鏡検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
ヒューナー（フーナー）検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
免疫学的検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
自己抗体など		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
（ご主人様）精液検査		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）
その他		平成 令和　年　月頃	□正常 □異常（　）

□いいえ

今までに不妊治療を受けたことはありますか

□はい

□排卵誘発	（ クロミッド ・ HMG ・ HCG ）
□薬物療法	（漢方 ・ カバサール ・ テルロン ・ スプレキュア ・ ナサニール ・ デュファストン ・ その他）
□タイミング療法	時期（ 平成 ・ 令和　年　月 ～ 平成 ・ 令和　年　月 ） 回数（　周期） 病院（　）
□人工授精	時期（ 平成 ・ 令和　年　月 ～ 平成 ・ 令和　年　月 ） 回数（　周期） 病院（　）

□体外受精（ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 凍結融解胚移植 ）

【 採卵回数　回 ・ 体外受精　回 ・ 顕微授精　回 ・ 胚移植回数　回 】

時期	体外受精 ・ 顕微授精	採卵数	移植数	凍結胚数	病院
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 令和　年　月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				

□その他（　）

□いいえ

今までに不妊治療の副作用で困ったことはありますか

□はい　□薬品　何で（　）
どんな症状（　）

□治療　何で（　）
どんな症状（　）

□いいえ

＜自己注射について＞

今までに自己注射を行ったことがありますか？

□ない

□ある　　薬剤名（　　）

自己注射可能な薬剤を使用する場合に、自己注射を希望されますか？

□しない

□する　　医療従事者の方　→　□医師　　□看護師

医療従事者でない方　→　□指導を希望する　　□他院で指導受けたので指導は希望しない

ご記入いただいた内容以外の希望、質問、不安などご自由にご記入ください（薬、費用、夫・パートナーについて等）

遺伝性乳がん・卵巣がん　/　リンチ症候群（大腸がん、子宮体がんなどの多重がん）に関する質問です。
遺伝性乳がん・卵巣がんは女優のアンジェリーナ・ジョリーさんが予防的乳房切除をしたことで話題となった病気です。

母方、父方それぞれの家系について、以下の質問にお答えください。ご自身を含めたご家族の中に該当する方がいらっしゃる場合に、該当する項目に☑を付けてください。

・４０歳未満で乳がんを発症された方がいますか？	□ いる	□ いない
・年齢を問わず卵巣がん（卵管がん、腹膜がん含む）を発症された方がいらっしゃいますか？	□ いる	□ いない
・お一人の方が時期を問わず原発乳がんを２個以上発症したことがありますか？	□ いる	□ いない
・男性の方で乳がんを発症された方がいらっしゃいますか？	□ いる	□ いない
・ご本人を含め乳がんを発症された方が３名以上いらっしゃいますか？	□ いる	□ いない
・トリプルネガティブの乳がんと診断された方がいらっしゃいますか？	□ いる	□ いない
・BRCAの遺伝性変異が確認された方がいらっしゃいますか？	□ いる	□ いない

上記の質問に一つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳がん・卵巣がんである可能性は一般よりも高いと考えられます。遺伝カウンセリングを希望しますか？　→　□希望する　□希望しない

・血縁者がリンチ症候群関連がん（大腸がん、子宮体がん、腎がん、尿管がん、小腸がん、卵巣がん）と診断された方が、少なくとも３人いらっしゃいますか？	□ いる	□ いない
・ご自身を含め５０歳未満で大腸がんを発症された方がいらっしゃいますか？	□ いる	□ いない

上記２項はリンチ症候群に関連した問診です。
当院では詳しいリスク評価及び情報提供などの遺伝カウンセリングを受けることが可能です。その結果で、ご希望の方は遺伝性乳がん、卵巣がんやリンチ症候群を確認するための遺伝子検査を採血により行うことができます。
費用などの詳しい情報は外来にてご確認ください。
遺伝カウンセリングを希望しますか？　→　□希望する　□希望しない

ご質問、気になることなどがございましたら、ご自由にご記入ください。

当院医師記入欄（赤ペンで、どちらかにチェックをする）
□問診票内容を確認し、遺伝カウンセリングについて情報提供の**必要なしと判断**する
□問診票内容を確認し、遺伝カウンセリングについて情報提供が**必要だと判断**する　　医師サイン

セキールレディースクリニック　問診票　（初診時マイナ保険証用）

当てはまるものに☑または記入をして下さい。

記入年月日令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

フリガナ
氏　名　:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　:□昭和　・□平成　・　□令和　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。
   □いいえ　・　□はい（加算 3 点）

2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。
   □いいえ（紹介状　有…加算 3 点）　・　□はい（加算 1 点）

3. この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。
   □いいえ　・　□はい　⇒　受診日＿＿＿年＿＿＿月

   ⇒　指摘事項（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

＜4 と 5 は女性の方のみお答え下さい＞

4. 現在妊娠していますか。
   □いいえ　・　□はい　⇒　妊娠（＿＿＿週）　・　□妊娠の可能性がある

5. 現在授乳中ですか？
   □いいえ　・　□はい

＜6～8 は漢方外来受診の方のみお答え下さい＞

6. 現在、他の医療機関に通院していますか。
   □いいえ　・　□はい　⇒　病院名（＿＿＿＿＿＿＿＿）病名（＿＿＿＿＿＿＿＿）

7. 現在常用している薬はありますか（サプリメント含む）
   □いいえ　・　□はい　⇒　薬品名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

8. これまでに薬や食品などでアレルギーをおこしたことがありますか。
   □いいえ　・　□はい　⇒　何で（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

   ⇒　症状（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。
◆医療情報取得加算（初診時）　加算 1・・・3 点　／　加算 2…1 点

当院で治療を受けて頂く前に ［同意書-01-001（7版　2025年9月）］　表面

当院では、より快適でスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解頂きたいシステムやルールがございます。これらをご理解頂いた患者様のみ診療をお受けしております。以下の1番～31番をよくお読み頂き、左端の□欄に☑を入れ、ご署名の上ご提出下さい。

セキールレディースクリニック

☑欄	番号	内容
	1	当院は不妊治療専門クリニックです。当院で検査や治療をするにあたり、婚姻の確認が必要です。通院中は、治療内容に応じて戸籍謄本や各種同意書の提出をお願いしております。事実婚の場合は、別途規定の書類を提出していただきます。
	2	当院での不妊症、不育症治療は、女性年齢50歳未満の方を対象としています。これは50歳以上の産婦の合併症発生率が極めて高く、時に母児の生命に関わる状況が発生する可能性があるためです。ただし、体外受精等の生殖補助医療の保険適用は43歳未満で、適用回数や治療内容に制限があります。
	3	当院ではチーム医療を実施しております。主治医制ではありませんので、診療医師の固定や医師の指定は原則できません。曜日により、予約システムによる予約枠を「院長」「医師指定なし」で選択できる日もありますが、診療内容に応じて担当医師が変更になる場合があります。
	4	患者様の個人情報保護の観点から、院内での呼び出しは診察券番号を使用致しますが、診察室や手術室等では、患者様の取り違えを防ぐため、ご本人様から診察券をご提示頂くか口頭で、診察券番号、氏名を確認させて頂きます。
	5	患者様の個人情報は、法令、当院の個人情報に関する院内規則、および、待合室に掲示の「個人情報の利用目的に関する院内掲示」を遵守して取扱います。
	6	患者様および職員の個人情報やプライバシーを保護する目的で、院内での録音・撮影はお断りしております。
	7	住所、電話番号や保険証が変更になる場合は、速やかにお申し出下さい。受診後に保険証変更が発覚し、連絡先の変更のお申し出もなく患者様と連絡がつかない場合、保険者様（職場等）へ連絡させて頂く場合もございます。
	8	他院での検査結果は医師の判断により利用できる場合があります。検査結果は、必ずコピー済みの書面にてご持参下さい。コピー済みでない場合は別途コピー代がかかります。また、初診当日に持参されない場合や医師が必要だと判断した場合は、再検査となります。
	9	ご夫婦共に感染症検査（B型・C型肝炎、梅毒、HIV、クラミジア抗原）を実施致します。これはご夫婦間の相互感染を防止するためや院内感染予防、更には生まれてくる赤ちゃんのためと考えています。お受け頂けない場合は診療をお受けできかねます。
	10	ご夫婦それぞれの各検査結果は、原則ご夫婦間で共有して頂き治療を進めていきます。基本的に診療情報は必要に応じて奥様またはご主人様にお話し致します。
	11	治療における一部の注射は、全ての患者様に在宅自己注射をお願いしております。また、来院で対応している注射でも、患者様のご希望により、在宅自己注射が可能な注射もございます。いずれも自己注射指導を受けて頂きます。
	12	自宅採精より持参された精液は夫の検体とみなして、検査、人工授精の調整、体外受精の調整、凍結保存を行います。万が一、持参された検体が夫以外の精液だと後に判明した場合でも、それにより生じた事態について当院で責任を負うことはできません。
	13	胚、精子、未受精卵子を凍結保存された場合、保存期間満了について当院からの個別連絡はしておりません。凍結保存時に当院からお渡しする書類をもとに、患者様ご自身で管理して頂いております。
	14	一度処方した、お薬、注射薬等は、返品交換できません。また、患者様による紛失、破損等で再度処方が必要な場合は実費（保険適用外）をお支払頂きます。
	15	治療が始まると月経周期等に応じて、当院で指定した日に来院が必要になります。患者様のご都合で来院ができず、以降の治療がやむを得ず継続できなくなった場合、当院ではその責任を負うことができません。
	16	診療時間は予約システムの通りです。年末年始や学会等で担当の医師が不在の場合等は、一部の診察や注射はお受けしておりますが、人工授精、体外受精（顕微授精）の採卵や胚移植、その他検査等はお休みさせて頂きます。
	17	待ち時間を軽減するため、予約診療を行っておりますが、待ち時間が発生しております。待ち時間を軽減するために患者様には以下のことにご協力をお願いしております。
		①原則予約時間までに受付を済ませてください。予約時間までに来院できない場合は、事前に電話でのご連絡をお願い致します。ご連絡がなく、予約時間までに来院がない場合は、予約をキャンセルさせて頂く場合がございます。
		②多くの患者様が来院されるため、お一人あたりの診療時間が限られております。質問等は前もって簡潔におまとめ頂き、他の患者様の待ち時間軽減にご協力下さい。特に、投薬や治療に関するご希望等は、必ず診察室で医師にお申し出下さい。診察終了後に看護師や受付スタッフにお申し出頂いても対応できない場合もございますので、あらかじめメモ等をご用意頂き、医師にお伝え下さい。
		③ 診察や検査の内容についてはできる限り、丁寧にご説明致しますが、疑問があれば、当院からお渡しする説明書や資料にもお目通し頂き、内容について患者様ご自身でもご確認をお願い致します。
		④ 患者様からのお問い合わせについては、ご用件をご確認し、折り返し連絡させて頂く場合があります。その際、当院からの連絡時間のご指定はできかねますことをご了承下さい。
		⑤診療の混雑状況により、予約システムによる医師の担当に関わらず、担当医師を変更する場合があります。

裏面へつづく

☑欄	番号	内容
	18	予約や診療内容に関してクリニックから直接お電話させて頂くことがあります。電話は、代表電話、看護部門直通電話、非常時の緊急電話からの場合があります。必要に応じて番号のご登録をお願い致します。
	19	妊娠後の診察は平日の昼間のみでお受けしております。
	20	当院は不妊治療専門クリニックのため、分娩はできません。妊娠後は原則9週前後で卒業となります。卒業時に分娩ご希望の病院への紹介状を発行致します。特別な場合を除き、卒業後の病院決定やご予約等は全て患者様ご自身でお願いしております。
	21	卒業される全ての患者様に、アンケートハガキをお渡しし、ご出産後のご報告をお願いしております。これは、患者様の予後を把握し、今後のより良い治療に役立てるためのものです。特に、高度生殖医療で治療をされた方は、日本産科婦人科学会の取り決めによって、治療の予後を報告することが義務付けられています。また、治療に関する情報は、出産の有無に関わらず、日本産科婦人科学会以外にも当院が施設認定を受けております、JISART（日本生殖補助医療標準化機関）、日本がん・生殖医療学会（対象の方）や、当院の治療成績のデータとしても使用させて頂きます。なお、報告は、患者様個人のお名前を公表することは一切ございません。
	22	体外受精（顕微授精）の採卵や胚移植等、専門の知識と技術を要する男性の胚培養士が立ち会う場合があります。
	23	診療後の支払は全て当日中に現金でお願い致します。ただし、保険適用外で行う体外受精（顕微授精）の採卵や胚移植等の処置代は金額が高額のため、後日お渡しする「御請求書」をご確認の上、期限内に指定の銀行口座にお振込みをお願いします（ただし、採卵や胚移植の処置当日も、一部、当日の会計がございます）。
	24	料金は行った治療に対して請求させて頂くもので、治療後の結果（妊娠の有無等）に関わらず お支払頂きます。また、患者様のご都合により治療を途中で中止した場合や、患者様のお身体の状態により医師が治療を中止すると判断した場合でも、すでに行った診察、注射、投薬、処置等の料金の返金はございません。
	25	ご夫婦のいずれかでも未払がある患者様は、以降の治療をお断りしております。支払は決められた期限内に必ずお願いします。
	26	お会計時に発行される、領収書や明細書の再発行は致しかねます。自治体への助成金申請や医療費控除申請等で必要になりますので、必ず患者様ご自身で大切に保管してください。
	27	医療の品質向上のため、外部審査を受けることがあります。審査時に審査員が患者様の情報を閲覧する場合がありますが、個人情報は保護されております。
	28	災害、医師の急死や感染症の蔓延等、やむ得ない何らかの理由が生じた場合は、できる限りの範囲で対応しますが、やむを得ず治療が継続できなくなる場合があります。
	29	院内ではマナーをお守り下さい。院内での携帯電話の通話や、備え付けの本や備品のお持ち帰り、長時間椅子に荷物をおいての場所取り等、他の患者様のご迷惑となる行為はおやめ下さい。また、他の患者様への感染防止のため、風邪等をひかれた場合は必ずマスクを着用して頂き、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、風疹やノロウイルス等、感染症に罹患している場合やその疑いがある場合は来院をお控え下さい。
	30	お子様を連れてしか来院できない場合に限り、キッズルームをご利用頂けます。来院に際してはお一人目を待望している患者様への配慮をお願い申し上げます。また、初診日、採卵等の処置や手術日等は、お子様連れをお断りしております。
	31	この誓約書に関する事項は、変更する場合がございます。変更後は新たなシステムやルールに従って頂きます。

私達夫婦は上記の内容をよく読み、十分理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守します。

同意年月日： 令和　　年　　月　　日

夫氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妻氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意書控えお渡し日：令和　　年　　月　　日　担当者【　　】

＊提出して頂いた後、患者様控えとしてコピーをお渡ししますので、大切に保管して下さい。

初診時採血検査確認用紙

記入年月日　　年　　月　　日

氏名：

初診時に実施させて頂く採血検査についてご希望のプランにチェックをお願いいたします。
※不妊治療をご希望の方のみご提出ください

☐　**不妊症プラン**

こんな方へおすすめ
・不妊治療歴が無い
・流産歴が無い
・一般不妊治療（タイミング療法/人工授精）を考えている

料金：約38,000円（妻）　/　約35,000円（夫）

☐　**不妊症+不育症プラン**

こんな方へおすすめ
・不妊治療歴があり妊娠に至っていない
・流産歴がある
・体外受精を考えている

料金：約85,000円（妻）　/　約35,000円（夫）

☐　**不妊症+不育特化型プラン**

こんな方へおすすめ
・他院で治療が難航している
・流産を繰り返している

料金：約130,000円（妻）　/約35,000円（夫）

☐　**未定**

・医師と相談をして決めたい