

プレコン 問診票 1 枚目

年 月 日

※ハートナー様が先に受診済みの場合は、受付にお声掛けください。

連絡先についてご記入ください。

※クリニックからお電話をかけさせていただくことがございますのでお間違い無いようにご記入ください。

(フリガナ)

お名前 (歳) Tel ()
生年月日 西暦 年 月 日 ご職業 ()
ご住所 (〒)

【プレコン オプション検査料金表】

希望の検査に ☐チェック	項目	金額 (税込)
女性のみ		
☐	AMH	8,250
☐	甲状腺ホルモン TSH/FT4	4,950
☐	月経時ホルモン E2	2,200
☐	月経時ホルモン FSH	2,200
☐	月経時ホルモン LH	2,200
☐	月経時ホルモン PRL	2,200
☐	黄体ホルモン P4	2,200
☐	経膈超音波検査	3,850
男性のみ		
☐	精液一般検査(正常形態込み)	6,600
☐	DFI(精子DNA断片化指数検査)	13,200
男女共通		
☐	B型肝炎(HBs抗原定量)	2,200
☐	C型肝炎(HCV3RD<CLEIA>)	2,200
☐	梅毒(RPR定性・TP抗体定性)	3,300
☐	クラミジア(C.トラコマイリスIgG・IgA)	7,700
☐	HIV(HIV抗原・抗体)	3,850

必須項目 (尿検査・血液検査・麻疹抗体検査)
+初診料 = 7,800 円 (税込)

2回目の来院時、
再診料(お話のみでも)
2,200円(税込)が発生します。

助成金上限
女性: 30,000円
男性: 30,000円
※上限額を超える金額は、
自己負担となります。

※精液検査をご希望の場合は、
容器代 220 円料金がかかります。

過去半年以内に、麻疹の予防接種 (MR ワクチン含
む) を受けましたか？

いいえ・はい (時期 :)

過去半年以内に、麻疹と診断されたことがありますか？

いいえ・はい (時期 :)

●月経開始日 (/) ~

※月経時ホルモン採血は月経 1~5 日目に、黄体ホルモン採血は排卵後に行う検査です。

上記に当てはまらない場合は、別日に検査となります。

検査結果の取り扱いは個人情報として当院で厳重に管理致します。

既往歴・アレルギーについて

アレルギー ☐なし/☐あり (原因 :)

～当院をご利用いただく皆様へのお願い～

当院は、すべての患者様が安心して安全に治療を受けられる環境づくりに努めております

【遵守事項】

- ・クリニック規則（子連れ通院禁止等）の遵守
- ・医療スタッフに対する暴言・威嚇、または大声での威圧的な言動の禁止
- ・他の患者様の安静およびプライバシーを妨げる行為の禁止

上記に反する行為が確認された場合、当院の判断により
診察をお断り、または退去していただくことがあります。

氏名 _____ (自筆)

プレコン 問診票 2枚目

★男性は以下もご記入ください。

おたふくかぜを患ったことはありますか？ ☐なし/☐あり

脱腸（ヘルニア）を患ったことはありますか？ ☐なし/☐あり

糖尿病を患ったことはありますか？ ☐なし/☐あり

現在、内服中の薬はありますか？ ☐なし/☐あり

AGA（薄毛治療）の薬を内服したことはありますか？ ☐なし/☐あり

抗がん剤の治療を受けたことはありますか？ ☐なし/☐あり

放射線治療を受けたことはありますか？ ☐なし/☐あり

今までに精液検査を受けたことはありますか？ ☐なし/☐あり

選択項目において「ある」を選択された方、その方の病歴の病名・その時の年齢・
薬の服用・手術・検査結果などご記入をお願いします。

--