

初診申込・問診票

(正確にご記入ください)

ID

ID

20 年 月 |

ふりがな 氏名		血液型 型 Rh	生年月日 昭・平 年 月 日生 (歳)
現住所	〒 (-)		
結婚の有無	既婚 未婚 離婚 死別		
自宅 Tel 携帯電話		職業 職種	
ふりがな 夫氏名		血液型 型 Rh	生年月日 昭・平 年 月 日生 (歳)
夫 携帯電話			
夫 住所	同上	〒 (-)	
親族 氏名		続柄	
親族で連絡の 取れる方	〒 (-)	携帯電話 Tel	

血压	体重	身長	BMI

G P (Sa Ca Aa)

原疾患名 :

治療 :

紹介元 :

医師名 :

連絡先 :

凍結 : 未受精卵 胚

血液検査	結果	日付
FSH		
LH		
PRL		
TSH		
FT3		
FT4		
SIT		
AMH		
クラミジア	PCR	
	IgA	
	IgG	
感染症検査		

精液検査		
量		
数		
運動率		
前進性		
奇形率		
培養		

RBC		
WBC		
PLT		
Hb		

外来問診票

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので○または記入にて正確にお答え下さい。
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

今回の受診目的は 相談のみ 卵子凍結希望 受精卵凍結希望

今までに性交渉の経験はありますか はい・いいえ

今までの妊娠経過について書いてください 妊娠回数 回 自然流産 回
分娩回数 回 中絶 回

結婚歴 あり・なし 子供 あり(人)・なし

初めて月経があったのは何歳のときですか 歳のとき

月経は順調ですか はい・いいえ 不順な時はどれくらいあきますか()

最近の月経はいつからですか 前回 年 月 日から 日間
今回 年 月 日から 日間

月経の周期はどれくらいですか 日 ~ 日周期

月経の量はどれくらいですか ①多量 ②普通 ③少量

今までに婦人科を受診されたことはありますか はい:いつ頃 いいえ

今までに子宮がん検診を受けたことがありますか はい:いつ頃 いいえ

今まで手術をうけたことがありますか はい・いいえ
“はい”の方はその内容 ()

飲酒はされますか はい(毎日・ときどき・たまに) いいえ
何を : どれ位の量のみますか :

たばこは吸いますか はい(本/日) 以前吸っていたがやめた(年前まで 年間喫煙)
いいえ

常用している薬やサプリメントはありますか はい いいえ
“はい”の方はどのような薬ですか()

アレルギーはありますか(くすり・食べ物・花粉など) はい いいえ
“はい”の方はどのようなアレルギーですか()

下記の病気を指摘されたことがありますか(あてはまるものを○で囲みいつ頃か記入してください)

1.子宮筋腫 2.子宮内膜症 3.子宮腺筋症 4.卵巣腫瘍 5.性病(クラミジア、性器ヘルペス他)

6.子宮頸部の病気 7.子宮外妊娠 8.卵管結紮 9.虫垂炎 10.糖尿病 11.高血圧 12.膀胱炎

13.甲状腺疾患 14.自己免疫疾患 15.喘息 16.がん・悪性疾患 17.胃腸病 18.心疾患 19.肝疾患

20.腎疾患 21.血液疾患 22.神経疾患 23.精神科疾患 24.その他()

家族歴について

あなたを含んで兄弟姉妹は何人いますか 計 人

家族や親戚のなかでかかったことのある病気に○をしてください

1.心疾患
病名

2.腎臓疾患
病名

3.肝疾患
病名

4.糖尿病

5.甲状腺疾患
病名

6.自己免疫疾患
病名

7.血液疾患
病名

9.精神科疾患
病名

10.がん・悪性疾患
病名

12.その他
病名

当院をなにでお知りになりましたか

主治医から紹介(医療機関:) 知り合いから聞いた(どなた:)

インターネット タウンページ 新聞 テレビ ラジオ 前をとおりかかって

最後に

なにが聞きたいことや伝えたいことがあれば書いてください