

女性ブライダルチェック問診表

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
氏名		職業	
携帯電話		自宅電話	
住所	〒 ー		

以下の質問にお答えください。当てはまる項目に☑を付け、必要事項は記入してください。

① ご自身についてお聞かせください。

- ・妊娠歴 (あり ・ なし) ※ありの場合 (才の時 出産 ・ 自然流産 ・ 中絶)
- 未婚 : 入籍されていないがパートナーがいる場合 : (婚約中 事実婚 同棲中)
- 結婚 : 西暦 年 月 (当時 : 歳)
- (離婚歴 なし あり→元配偶者との子供 なし あり (人))

- ・身長 (cm) ・ 体重 (kg)
- ・初潮 (才)、性交経験 (有 ・ 無)
- ・生理周期 (日)
- ・出血量 (少ない、普通、多い、ドロツとした血の塊が出てくる)
- ・生理痛 (あり (ない あり→ (あるが我慢できる程度、痛み止めを飲む、寝込んでしまう程)
- ・生理痛以外に症状がありましたらご記入ください (例、かゆみ、おりもの、できもの等)
- ()

② 生活習慣について

- ・タバコは吸いますか。 いいえ はい→ (1日: /本): 以前吸っていた (喫煙歴 年)
- ・薬や食品にアレルギーがあればご記入ください ()
- ・これまでにかかった病気がありましたらご記入ください ()
- ・現在内服している薬があればご記入ください ()
- ・手術歴がありましたらご記入ください

手術日	病名、手術等	現在通院中の有無
年 月		有 ・ 無
年 月		有 ・ 無

③ 今後のライフプランについてお聞かせください

- 未定
- 将来的に子供が欲しい (数年後くらいを考えている)
- 今すぐには考えていないが、将来の為に検査結果をもとに今できることを知りたい
- ブライダルチェックの結果次第によっては、治療を始めたい

- ④ ブライダルチェックについて、オプションの選択がある場合は、選択してください。
迷われている場合は無記入でご提出ください。

本日の検査項目

超音波、抗ミュラー管ホルモン (AMH)、クラミジア、子宮内膜症、甲状腺ホルモン、
女性ホルモン採血、プロラクチン、風疹

オプション

なし

感染症《 B型肝炎、C型肝炎、梅毒、エイズ (HIV)、ヒト細胞白血病 (HTLV-1) 》

卵管造影

抗精子抗体

子宮頸がん

淋病

ビタミンD

亜鉛

馬車道レディースクリニック