

No. _____

初診日: _____

あてはまるものに○や☑をつけてください

問診担当者: _____

フリガナ		生年月日	S / H	年	月	日
お名前	電話	現在の年齢 歳	主婦・医療従事者・会社員・公務員・パート (職種:) 平日受診 可・不可・土日受診のみ			

卵子凍結について

卵子凍結のための採卵術をいつ頃うけたいと考えていますか？

 すぐに _____月ごろ 未定採卵時の希望の麻酔はありますか？ 局所麻酔 静脈麻酔 わからない

ブライダルチェックの希望はありますか？ ある ・ ない

ご自身について

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ (当院で測定します)

たばこ: 吸う(喫煙歴 _____年 _____本/日) 吸っていたことがある 吸ったことはない

お酒: 飲む(少 ・ 多)・飲まない

あなたの月経・性について

最終月経 _____月 _____日 (_____日間) 本日 _____日目 (月経が来た日が1日目です)

月経周期はどのくらいですか？(月経開始日から次の月経開始前日まで)

順調な方 _____日型(早いと _____日周期、遅いと _____日周期)

不順な方(2ヶ月に1度程度 ・ 年に _____回程度 ・ 薬を飲まないと来ない)

 ピル内服中 無月経

月経痛はありますか？ (強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし)

月経痛あるとお答えした方...痛いとき、お薬を飲みますか？

いいえ ・ はい

月経量は多いですか？ 普通 ・ 多い ・ 少ない

性交渉(セックス)の経験はありますか？ はい ・ いいえ

妊娠歴について 該当する☑に☑記入ください 妊娠したことが ない ・ ある

あるとこたえた方 ()回妊娠 ()回出産 ()回流産 ()回中絶

妊娠した 年月	妊娠時 年齢	妊娠の経緯	妊娠の転帰
H / R ____年 ____月	____歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精(____回で妊娠) <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開(出産____年____月____週) <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週
H / R ____年 ____月	____歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開(出産____年____月____週) <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週

婦人科で検査を受けたことがありますか？

ない・ある

ある方は受けたことがある検査がありましたらおこたえください

検査名	施行年月	結果
超音波検査(経膈エコー)	H/R 年 月	異常なし・あり()
ホルモン検査	H/R 年 月	異常なし・あり()
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	H/R 年 月	異常なし・あり()
クラミジア検査(おりもの・採血)	H/R 年 月	異常なし・あり()
子宮内膜症(CA125)	H/R 年 月	異常なし・あり()
子宮頸がん検査	H/R 年 月	異常なし・あり()

今までかかった病気や手術について

婦人科系の病気にかかったことがありますか？

子宮筋腫・内膜症・卵巣嚢腫・性感染症(クラミジア 梅毒 淋病 ヘルペス 尖圭コンジローマ)
その他()

その他の病気にかかったことはありますか？

高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・喘息(最終発作 年 月頃)・がん・てんかん
精神疾患(具体的な病名)

感染症(HIV・B型肝炎・C型肝炎 その他)

その他()

そのうち現在治療中のもの()

現在服用中の薬やサプリメントはありますか？

なし・ある → 薬剤名やサプリメントの名前()

手術を受けたことがありますか？(円錐切除術、腹腔内手術:子宮筋腫核出術、卵巣嚢腫切除、虫垂炎等)

内容	施行年月	H/R 年 月(歳)
内容	施行年月	H/R 年 月(歳)

薬や注射、そのほかのアレルギーはありますか？(該当する□に☑を記入ください)

はい【局所麻酔(歯科麻酔)アルコール消毒 抗生剤 ラテックス その他 いいえ

現在気になることはありますか？

また診療内容などについて確認しておきたいこと、ご希望等ございましたら、ご自由に記入下さい