

プレコンセプションケア問診表

記入日：

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	〒 —		

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 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。

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 麻疹
- ビタミンD 亜鉛