

# 問診票

フリガナ		フリガナ	
お名前 (妻)		お名前 (夫)	
生年月日	昭和/平成 年 月 日 ( 歳)	生年月日	昭和/平成 年 月 日 ( 歳)
携帯番号		携帯電話	
自宅 TEL			
住所	〒		
職業			

[1] 妊娠希望で来院されましたか。 ① はい ② いいえ ( )

[2] 喫煙されていますか。 ① はい ( 本/日) ② いいえ

[3] ご結婚されていますか ① はい (H・R 年 月 日) ② いいえ

[4] はじめて月経周期があったのは何歳ですか。 ( 歳)

[5] 月経は毎月きちんとありますか。  
 ① 毎月きちんとあります。( 日型)  
 ② 不順です。( 日～ 日)

[6] 月経量 ① 多い ② 普通 ③ 少ない

[7] 月経痛 ① 非常に痛い ② 普通 ③ ほとんど痛くない

[8] 一番最近の月経はいつからですか。( 月 日から 日間)

[9] 妊娠したことはありますか。 ある ( 回) いいえ

[10] 出産の経験はありますか。 ある ( 回) いいえ

[11] 流産の経験はありますか。 ある ( 回) いいえ  
 人工妊娠中絶 ( 回) 自然流産 ( 回)

[12] 子宮がん検診を最後に受けたのはいつですか? ( 年 月 日)

[13] 風疹について  
 風疹の予防接種をしたことがある。( はい・いいえ・わからない )  
 風疹抗体価検査をいたことがある。( はい・いいえ・わからない )

[14] 麻疹(はしか)の予防接種をしたことがありますか。( はい・いいえ・わからない )

[15] 今までに大きな病気にかかったことがありますか。 はい ( )・いいえ

[16] 手術を受けたことがありますか。 はい ( )・いいえ

[17] 現在病気の治療をしていますか。 はい ( )・いいえ

[18] 薬・食べ物のアレルギーはありますか。 はい ( )・いいえ

[19] 当院をどちらでお知りになりましたか。 他院の紹介 ( )  
 知人の紹介・近所の為・ホームページ・広告・その他 ( )

[20] 他院で体外受精を行った経験はありますか。( はい・いいえ )

ご協力ありがとうございました。

[20] で はい を選択された方は体外受精治療歴の用紙もご記入ください。

ご不明な点がございましたらお気軽にご連絡ください。(当院 Tel.042-649-5130)

