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	
自宅電話番号			
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。　（妻：　はい　・　いいえ　）　・　（夫：　はい　・　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）
- 風疹抗体価検査をしたことがある。　（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〕他院で保険を使用し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。

HACHIOJI ART CLINIC