

初めてご来院のみなさまへ

お手数ですが下記の質問にわかる範囲で御記入いただき受付にお渡し下さい。

ふりがな

お名前

記入日 平成 年 月 日

〒

ご住所

携帯() -

自宅() -

1. どうなさいましたか？

- 1) 子供がほしい(1人目、2人目以上) 2) 流産をくり返す 3) 性交渉がうまくいかない
4) 気になる症状がある
 月経が止まった、不正出血、おりもの(帯下)が多い、かゆみがある
5) その他

()

2. 上記の1、2を選択された方へ

検査や治療を受けた事があればご記入下さい。

いつ頃 ()

どこで ()

検査や治療の内容 ()

3. 現在または過去に病気で治療や手術を受けたことがありますか？

病名 ()

手術 ()

現在服用中の薬 ()

4. 子宮頸がんの検査はされていますか？

無 : 有 (年 月 頃)

5. 薬や食物でアレルギー症状がでたことがありますか？

無・有 ()

6. 結婚について

婚約中 既婚 再婚

(年 月 頃)

7. 月経について

*月経の始まった(初潮)年齢は ()歳 *月経の周期は ()日間くらい

*月経の量は 多い・普通・少ない *月経痛は 無・有

*一番最近の月経は (年 月 日から) ()日間

6. 妊娠について

妊娠歴 無

有 満期産()回 早産()回 流産()回 中絶()回

子宮外妊娠 ()回

7. あなたの身長 () cm 体重 () kg

8. 喫煙について (無 : 有)

9. 御主人(パートナー)について病気や治療などがあればご記入ください。

()

10. 妊娠に向けての治療をしていく上でどのような治療をのぞまれていますか？

タイミング法・排卵誘発剤の内服/注射・人工授精・体外受精

その他 ()

