

問診票（卵子凍結）

記入日 年 月 日



カルテ No. _____ (こちらで記入いたします)

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____ 電話番号: _____

Email: _____ 緊急連絡先 (携帯番号など): _____

職業: _____ 勤務先: _____

・身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh (+ / -)

1. 【受診理由について】

- ① 卵子凍結を希望する 当院保管 グレイスバンク保管
② 卵子凍結について相談希望

2. 【結婚について】

未婚 / 既婚 / 離婚歴あり⇒ 子供あり ・ 子供なし

【月経について】

- ・最終月経 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日まで、開始日から本日月経 _____ 日目
・初潮 _____ 歳 月経周期 _____ 日から _____ 日ぐらい (平均 _____ 日周期) 順調 / 不順
・月経期間約 2~6 日間 ・ 7 日以上 ・ 月経痛 あり / なし ・ 月経量 多い / 普通 / 少ない
・他に気になることがあればご記入ください。()

3. 【妊娠・分娩について】

- ・セックスの経験 あり / なし
・妊娠歴 なし / あり⇒ 妊娠 _____ 回、出産 _____ 回、自然流産 _____ 回、人工妊娠中絶 _____ 回、子宮外妊娠 _____ 回

4. 【今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)】

- ・主な病気は () () 歳の時 () () 歳の時
・手術は () () 歳の時 () () 歳の時
・喘息 なし ・ あり
・現在内服中の薬 なし・ あり ()
・薬剤アレルギー なし・ あり ()
その他のアレルギー なし・あり ()

5. 【ご家族の健康状態について】

- ・血縁があるご家族の中に特別な病気の方はいますか？
はい (遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ()) / いいえ

6. 【他院の検査結果について】

検査データを持参している場合、受付に提出してください。

ご記入ありがとうございます。