

問診票 効果的で安全な診療のために、できるだけ詳しく正確にご記入ください

ふりがな  
氏名

生年月日 西暦 年 月 日生 年齢 歳

〒 住所 Tel( - - )

携帯番号: - - E-mail:( @ )

ご職業 身長 cm 体重 kg 宗教 (輸血:可・否)

※この問診票は保険で凍結胚の延長を希望される方に記載いただく問診票です。下記質問にお答えをお願い致します。

- ・現在妊娠中ですか? はい ・ いいえ
- ・他院にて採卵や胚移植などの治療歴はありますか? はい ・ いいえ

※上記回答に1つでも「はい」がある方は保険での凍結胚延長手続きができない場合がございます。

1) 今回来院された目的: ○をつけてください: 凍結胚の延長 不妊 不育 その他 ( )

2) ご家族について

夫(妻)の年齢\_\_歳(健在・死去) 実父\_\_歳(健在・死去・高血圧・糖尿病・( )がん)

子供\_\_人 実母\_\_歳(健在・死去・高血圧・糖尿病・( )がん)

3) 月経について

初めての生理は(初潮)\_\_歳 生理がとまったのは(閉経)\_\_歳

生理は(順調・不順) 基礎体温表(記録なし・記録中 ⇒ アプリに記録中・紙に記録中)

周期(生理の始まった日から次の生理の前日までの日数)\_\_~\_\_日周期 持続期間\_\_日

生理の量は(多い・普通・少ない)

生理痛は(無し・重い・中ぐらい・軽い) 下腹痛・腰痛・頭痛・吐き気・その他\_\_

一番最近の生理は 西暦 年 月 日より 日間 その前の生理は 月 日より 日間

2回前の生理は 月 日より 日間

4) 結婚について

既婚( \_\_歳 [西暦\_\_年\_\_月\_\_日]) 未婚(性交経験[あり・なし])

5) 今までの妊娠および出産について 妊娠は全部で\_\_回 そのうち分娩\_\_回(正常分娩\_\_回・異常分娩\_\_回)

自然流産\_\_回 人工妊娠中絶\_\_回 その他[子宮外妊娠・胎状奇胎]

妊娠・出産歴西暦 年 月 日	週	流産・死産	自然分娩	帝王切開	中絶	子宮外妊娠	妊娠方法	病院名
① 年 月 日		流産・死産	自然分娩	帝王切開	中絶	子宮外妊娠		
② 年 月 日		流産・死産	自然分娩	帝王切開	中絶	子宮外妊娠		
③ 年 月 日		流産・死産	自然分娩	帝王切開	中絶	子宮外妊娠		

6) 最近服用した薬剤について

種類(薬剤名) 服用期間\_\_月\_\_日~\_\_月\_\_日 内服理由\_\_

7) 持病や今までにかかった病気について

(○をつけて( )に発病時期や治療内容など詳細を記入してください)

喘息( ) 糖尿病( ) 高血圧( ) 膠原病( ) 心臓病( )

胃腸病( ) 腎臓病( ) 肝臓病( ) 甲状腺( ) 精神疾患( )

脳脊髄疾患( ) 内分泌疾患( ) 性病( ) 結核( )

その他( ) 輸血を受けたこと(無・有 [西暦 年 月])

受けた手術1) (西暦\_\_年\_\_月:病院名)

2) (西暦\_\_年\_\_月:病院名)

8) アレルギーについて(重要:少しでも症状があれば記載してください) ○をつけて( )に薬剤名・食品名・症状など

詳細を記入してください) 果物(キウイ・パイナップル・マンゴー・栗・バナナなど)( ) その他の食品( )

薬剤( ) 造影剤( ) ゴム製品( ) その他( )

9) 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による情報取得に 同意する ・ 同意しない