

初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	女性	男性	
氏名				生年月日		年齢	
							歳
住所	〒						
電話番号							

既往歴:

内服歴:

家族歴:

アレルギー:

最終月経:

年 月 日

初経:

歳 周期:

日

妊娠回数 ()回

出産回数 ()回

I 産科

自己妊判 +・- (月 日)

拳児希望 あり・なし

II 婦人科(当てはまる所にチェックを付けて下さい)

月経トラブル(月経痛・量が多い・月経不順・不正出血)

おりものの異常(痒み・臭い・量が多い)

ミレーナ希望

検診希望(子宮頸がん検診・子宮体癌検診・卵巣癌検診・ブライダル check)

性感染症検査

III ピル希望

避妊目的・その他

月経移動希望

緊急避妊ピル

不妊治療問診票

I 挙児希望期間: 年 ヶ月

II 今までの治療歴

自己 timing 回、timing 療法 回、人工授精 回、体外受精 回、胚移植 回

→現在治療中ですか? はい・いいえ

III 今までの検査歴(当てはまる所に丸を付けて下さい)

子宮頸がん検診・クラミジア検査・AMH 検査・抗精子抗体

ホルモン採血(LH・FSH・E2・PRL・TSH・FT4・その他不育症検査)

卵管造影検査・精液検査・フーナーテスト

IV パートナー情報

フリガナ				性別	女性	男性	
氏名				生年月日		年齢	
							歳
住所	〒						
電話番号							

職業:

既往歴: おたふく風邪: (歳)

内服歴: アレルギー:

喫煙歴: 本/日 歳~ 飲酒歴: 本/日 回/週

睡眠時間: 6 時間未満・6 時間~8 時間・8 時間以上

ご記入ありがとうございました