

女性・妊活スタートブック問診表

カルテ No. () 氏名 () 20 年 月 日

・結婚歴について

結婚している (年目) / 未婚 (入籍予定日 : 20 年 月 日)

・本日の体調はいかがですか。 良好い・悪い (症状 :)

・現在内服中の薬はありますか。 はい・いいえ

▶「はい」と答えた方 : ピル・ホルモン剤・風邪薬・その他 (薬名 :)

・注射や薬でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい・いいえ

▶「はい」と答えた方 : 副作用はありましたか。 はい (薬名 :) ・いいえ

・既婚の方は、差し支えない範囲で構いませんので以下の質問にお答えください。

赤ちゃんが欲しいと思って何年ですか (年 ヶ月)

今までに妊娠したことはありますか はい・いいえ

▶「はい」と答えた方は、下記の内容についてお答えください。

妊娠した年月 (年 月)

⇒ 出産 (週 日) / 流産・死産 (週) / 子宮外妊娠 / 中絶 (週)

・不妊治療を受けたことはありますか。 はい・いいえ

▶「はい」と答えた方 : どの治療法をおこないましたか。 (タイミング・人工授精・体外/顕微授精)

・婦人科疾患はありますか。 はい (病名/治療内容 :) ・いいえ

月経についてお答えください

月経周期	日周期 順 / 不順	月経痛	あり・なし
最終月経	20 年 月 日 ~	出血日数	日間

・ご希望の検査をお選びください。

基本採血 33,000 円 or フリーコース (検査別紙参照)

< オプション検査 (基本採血選択の方) >

超音波検査 / 風疹抗体検査 / 抗精子抗体検査 / 麻疹抗体検査 / ムンプスウィルス抗体検査

感染症検査 / 子宮頸がん検査 / 通水検査 (※通水検査の実施は次周期となります)

・子宮癌検査を受けたことがありますか。

子宮頸がん はい (施行年月 年 月 異常なし / あり : 詳細) ・いいえ

子宮体がん はい (施行年月 年 月 異常なし / あり : 詳細) ・いいえ

・当院は何でお知りになりましたか。

ネット / 友人・知人 / ジネコ / 雑誌 / 他院の紹介 / その他 ()