

総合問診票



フリガナ	TEL ()	—	身長	cm	体重	kg
氏名	携帯 ()	—	血液型 () Rh ()			
	住所 〒					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
職業						

・当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。
 ・必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。

1) 今までに、オーク住吉産婦人科・オークなんばレディースクリニック・オーク梅田レディースクリニック・オーク銀座レディースクリニックを受診されたことはありますか？(同一法人の為、保険診療での同時通院は不可です) 【 はい ・ いいえ 】

2) 本日来院された理由を教えてください。(複数でも結構です)

子どもがほしい

体外受精希望(顕微授精・TESE含む) 一般不妊治療希望【 タイミング指導 ・ 人工授精 】

産み分け希望【 体外受精 ・ 人工授精 ・ タイミング ・ リンカル ・ ゼリー 】

不育症検査希望 反復着床不全検査希望【 IFCE ・ ERA 】

他にご希望がございましたらご記入ください。()

※体外受精セミナー受講の方 → 年 月の体外受精セミナーに参加した。

卵子凍結希望(セミナー受講の方 → 年 月の卵子凍結セミナーに参加した。)

AMH検査(卵巣年齢検査)希望

ダイエット希望

婦人科 婦人科は、住吉、なんば、梅田のみの取り扱いとなります。

その他(簡単に記入ください。)

3) あなたの月経について

最も最近の月経はいつですか? 年 月 日より 日間 初経()歳・閉経()歳

月経周期は? 25~38日:()日周期 24日より短い 39日以上 3か月以上

月経時の症状は? 量がかなり多い 量が少ない 月経痛が強い 月経時鎮痛剤使用(薬名:)

4) 性交の経験はありますか? 【 ある ・ ない → 経腔超音波(できる・できない・わからない) 】

5) アレルギーの既往【 なし ・ あり → ありの方は以下にお答えください 】

薬 食物 アルコール ラテックスゴム 麻酔薬

(原因物質:)

(症状:)

6) 既往歴 (歳 病名: → 現在使用薬名 . 現在完治)

7) 手術歴 (歳 病名: → 手術名)

8) 家族歴 家族の中に何か特別な病気の人がいますか? 【 いない ・ いる(遺伝病・糖尿病・がん・その他) 】

9) 結婚歴 年 月 歳で結婚し今 【 同居 ・ 別居 】 交際中 離婚・死別

10) 妊娠・分娩歴 ()回妊娠 ()回出産 ・現在、授乳中ですか? 【 はい ・ いいえ 】

年月	週数	体重	性別	経腔分娩	帝王切開	流産	中絶
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				