

## 総合問診票



フリガナまたはローマ字 (パスポート記載のもの)	TEL ( )	—	身長	cm	体重	kg
	携帯 ( )	—	血液型 ( )	Rh ( )		
氏名	住所 〒					
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢
お問い合わせ照会番号 (お持ちの方はご記入ください)				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)

こどもがほしい

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

その他 (簡単にご記入ください。)

3) あなたの月経について

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方がいますか？ 【 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				