

竹下レディースクリニック問診票

年 月 日

お名前	ご住所
	お電話

1. 本日はどのような理由で受診されますか？

- 不妊症に関する精査希望  
 ( )
- 着床障害 (不妊症)  
 ( )
- セカンドオピニオン
- その他 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

- 気管支喘息  ない  ある
- 高血圧  ない  ある
- 糖尿病  ない  ある
- 血栓症関連疾患  ない  ある
- 新型コロナウイルス感染症  ない  ある(時期 )
- その他 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 手術  ない  ある 「ある」の場合  
 手術名 (年月) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. アレルギーはありますか？

- ない  ある \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. ご家族についてお尋ねします。

夫 歳

5. 現在服用中の薬はありますか？

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. 職業 \_\_\_\_\_

7. 嗜好について

- タバコ  吸わない  吸う ( 本/日)
- お酒  飲まない  飲む  
 ( )

8. 結婚 歳

9. 月経について。

- 初経 (初潮) 歳
- 最終月経 年 月 日 ~ 日間
- 月経周期 ( ) 日型  
 整  不整 ( )

- 生理痛  強い  普通  時々  なし
- 月経量  多い  普通  少ない  
 わからない

9. 過去の妊娠について

- \*不妊症の妊娠歴は別紙1にご記入下さい。こちらに記入する必要はありません。
- \*妊娠歴のない方、体外受精など不妊治療歴のある方は別紙2にご記入下さい。
- 出産 ( ) 回
- 流産 ( ) 回
- その他 (異所性 (子宮外) 妊娠など)  
 ( )

10. 当クリニックのことをどのようにしてお知りになりましたか？

- インターネット (  ホームページ  まとめサイト  ブログ  その他 \_\_\_\_\_ )
- かかりつけ医の紹介 ( 病院)
- 知り合いから聞いて
- その他 \_\_\_\_\_

11. マイナ保険証による受診歴、特定健診情報、薬剤情報の取得に同意されますか？

- はい  いいえ

12. その他 (自由記載)