**竹下レディ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？

□不育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

＊不育症の妊娠歴は別紙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）