

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
- その他 _____
- 手術 ない ある
あるの場合手術名 _____

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）