

卵子凍結問診票

カルテID:

記入日 年 月 日

基本情報	フリガナ _____ 生年月日：S・H 年 月 日 (歳)					
	氏名： _____ (旧姓： _____)					
	(〒 -) 住所：					
	電話番号： _____ 職業： _____					
生活習慣	①身長 (cm) 体重 (kg) <input type="checkbox"/> 過去短期間に大幅な体重増減したことがある ②現在飲んでいるサプリメントはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) ③アルコールは飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (機会飲酒 ・ 週数回 ・ 毎日) ④タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)					
結婚	①ご結婚はされていますか？ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍済み (入籍日： 年 月 日) (妻： 初婚 ・ 再婚) (夫： 初婚 ・ 再婚) ②性交をしたことはありますか？ (あり ・ なし)					
月経	※ビルや、排卵誘発剤を内服していないときをお答えください ①はじめての月経はいつですか？ _____ 歳 ②月経の量はどのぐらいですか？ <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い ③月経痛はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり (鎮痛剤使用 有・無 薬剤名： _____) ④最終月経はいつですか？ _____ 年 月 日から _____ 日間 →いつもと (同じ ・ 違う) ⑤月経周期について教えてください ・毎月大体同じ間隔で月経はありますか？ (はい(ずれて1週間以内) ・ 時々遅れる ・ 毎回不順) ・月経開始から次の月経の開始までは _____ (短いときで 日間~長いときで 日間)					
検診	①子宮頸がん検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月) 結果 (異常なし ・ 異形成 ・ その他) ②いままで婦人科の内診を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
妊娠	妊娠したことがありますか？ (有 ・ 無)					
	現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)					
	年月	妊娠方法	妊娠の転帰	週数	施設名	その他病名や合併症
	年 月	自然 タイミング 人工授精 体外受精	経膈分娩 帝王切開 流産 人工中絶	週		
	年 月	自然 タイミング 人工授精 体外受精	経膈分娩 帝王切開 流産 人工中絶	週		
年 月	自然 タイミング 人工授精 体外受精	経膈分娩 帝王切開 流産 人工中絶	週			
年 月	自然 タイミング 人工授精 体外受精	経膈分娩 帝王切開 流産 人工中絶	週			

