

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			

