

初診 卵子凍結問診票

1 枚目

年 月 日

当院で希望される検査・治療

卵子凍結

その他：（ ）

連絡先についてご記入ください。

※クリニックからお電話をかけさせていただくことがございますのでお間違い無いようにご記入ください。

本人の情報

(フリガナ)

お名前 (歳) Tel ()

生年月日 西暦 年 月 日 ご職業 ()

ご住所 ()

緊急連絡先の情報

(フリガナ)

お名前 (歳) Tel ()

続柄 ()

最近の月経等について

月経周期 日～ 日型 (順 / 不順) 無月経

最近の月経はいつからありましたか? 年 月 日

現在ピルを内服されていますか? いいえ / はい

性交歴または婦人科診察歴 (内診) はありますか? いいえ / はい

既往歴・アレルギーについて

アレルギー なし / あり (原因:)

治療歴: ()

手術歴: ()

・喘息 なし / あり

・甲状腺疾患 なし / あり

今までに行なった検査について (複数回答可)

検査を受けたことはない

基礎体温 月経中ホルモン採血 高温期ホルモン採血 AMH 甲状腺採血

フーナー検査 子宮卵管造影 子宮鏡検査 腹腔鏡検査

坑精子抗体 クラミジア 不育症検査

その他 ()

初診 卵子凍結問診票

2枚目

年 月 日

生活習慣についてお答えください

身長 _____ cm/体重 _____ kg 健康状態 (良好/不良)
過去の喫煙歴 なし/あり _____ 歳から 現在の喫煙 なし/あり 1日 _____ 本程度
飲酒習慣 なし/あり 1日 _____ ml 程度 (種類: _____)

紹介者がいる場合はご記入ください(わかる範囲で構いません)

主治医の紹介 (医療機関名: _____ /医師名 _____ 紹介状: あり/なし)
知人の紹介 (紹介者: _____)

女性医師の希望はありますか？

どちらでも構わない/はい

※ (女性医師不在の場合に受診された場合は男性医師の診察となります。)

(女性医師を希望される場合はお待ちいただく時間が長くなる可能性があります。)