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　　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

妊娠歴について

妊娠　回　/出産　回　/流産　回/人工妊娠中絶　回

婚姻状況について　□既婚　□内縁/事実婚　□未婚

既往歴・アレルギーについて

アレルギー　□なし/□あり（原因：　　）

喘息　□なし/□あり

甲状腺疾患　□なし/□あり（　　）

治療歴：□なし/□あり（　　）

手術歴：□なし/□あり（　　）

★裏面もご記入下さい。

初診 卵子凍結問診票　２枚目

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（　　）

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？　□特にはない　/□可能なら女医　/※□絶対に女医

※（【可能なら女医】希望の場合でも診察状況により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非常に長くなりますのでご了承ください。）
※（【絶対に女医】希望の場合は男性医師のみの曜日は受診できなくなりますのでご了承下さい。）

～当院をご利用いただく皆様へのお願い～

当院は、すべての患者様が安心して安全に治療を受けられる環境づくりに努めております。

【遵守事項】

・クリニック規則（子連れ通院禁止等）の遵守
・医療スタッフに対する暴言・威嚇、または大声での威圧的な言動の禁止
・他の患者様の安静およびプライバシーを妨げる行為の禁止

上記に反する行為が確認された場合、当院の判断により
診察をお断り、または退去していただくことがございます。

氏名　　(自筆)

MC-050-㉔卵子凍結問診票
2026.10.9 改定