

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) がありますか? 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:)

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 ()

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 ()

★裏面もご記入下さい。

初診 卵子凍結問診票 2枚目

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。)

～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場合がございます。

氏名 _____ (自筆)