《予診票》

ID：　　ご記入日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日生（　　歳）	身長：　　cm　体重：　　kg　職業：	
受診された理由	□ブライダル検査希望　□社会的卵子凍結希望　□相談のみ　□その他（　　）		
結婚について	入籍予定　□なし　□あり（　　年　　月頃）		
月経について	①最終月経：　　月　　日から　　日間　本日:月経周期（　　）日目 ②月経周期（月経開始日から次の月経開始まで） □　順調（　　日周期）　□不順（　　日～　　日周期） ③月経量：（多い・普通・少ない）　④ 痛み：（ 強い ・ 少し ・ なし ）		
	性交経験　□なし　□あり　　経膣超音波または内診検査経験　□なし　□あり		
妊娠について	妊娠回数（　　回 ） 内訳：出産回数（　　回 ）　流産回数（　　回 ）　中絶回数（　　回 ）		

	西暦　年　月	妊娠週数	出生体重 性別	妊娠経過	病院名
1	年　月	妊娠　週 （　ヶ月）	g 男・女	□分娩（経腟 ・帝王切開 ）　□中絶　□死産 □流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)	
2	年　月	妊娠　週 （　ヶ月）	g 男・女	□分娩（経腟 ・帝王切開 ）　□中絶　□死産 □流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)	
3	年　月	妊娠　週 （　ヶ月）	g 男・女	□分娩（経腟 ・帝王切開 ）　□中絶　□死産 □流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・心拍見えた)	

今までに他院で不妊治療を受けたことはありますか？□なし　□あり
治療内容(□タイミング　□人工授精　□体外受精・顕微受精

今までに経験した病気や、現在治療中の病気について　＊「あり」場合は、詳細をご記入ください。

婦人科の病気　（なし・あり）

西暦　年　月	病名	治療内容	病院名
年　月			
年　月			

婦人科以外（内科など）の病気（なし・あり）
癌・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・甲状腺疾患・喘息・精神疾患など

西暦　年　月	病名	治療内容	病院名
年　月			
年　月			

子宮癌検査について	1年以内に、□受けていない　（□本日検査希望） □受けている（　年　月）　結果:□異常なし □異常（　　）
風疹について	ﾜｸﾁﾝ（MRﾜｸﾁﾝ）を、　□受けていない　□受けた（　　年　　月） 抗体検査を、□受けていない　□受けた（　年　月→結果　　倍 ）
喫煙について	□喫煙していない　□喫煙している（　　本/日）

ご質問があればこちらにご記入下さい。

K-Pt-予診票(ﾌﾞﾗｲﾀﾞﾙ・社会的卵子凍結)220401

問診票 （薬剤）

ご記入日　　年　　月　　日

奥様ID：　　氏名：

既往歴や症状について

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

喘息の有無について	□ない	□ある	□アスピリン喘息（解熱鎮痛剤の内服による喘息発作） □喘息 （□治療中 □完治 □幼少時(小児喘息)） ※普段服用されている解熱鎮痛剤があればご記入ください □なし　□あり（薬剤名：　　）
治療中、もしくは過去に治療を受けた病気はありますか？	□ない	□ある	□心臓病　□不整脈　□てんかん □緑内障　□甲状腺機能異常（低下症・亢進症・その他（　　）） □血栓症（ご本人・血縁者（続柄：　　）） □心療内科に関わる疾患　□その他（　　） ※上記をチェックされた方は時期、疾患名、現在の治療有無等を具体的にご回答ください
今までに右記の症状が起こったことがありますか？	□ない	□ある	□パニック発作　□血が止まりにくい □手術時のトラブル（具体的に：　　）

アレルギーについて

薬のアレルギーはありますか？	□ない	□ある	□ピリンアレルギー　□歯科の局所麻酔 □抗生剤アレルギー（ペニシリン系・セフェム系・その他（　　） □ホルモン剤（ピル等）による副作用 （薬剤名：　　症状：　　） □その他（薬品名：　　症状：　　） （薬品名：　　症状：　　） （薬品名：　　症状：　　）
食品のアレルギーはありますか？	□ない	□ある	□大豆　□卵　□ゴマ油　□果物（　　） □その他（　　）
その他のアレルギーはありますか？	□ない	□ある	□ゴム（ラテックス）　□アルコール綿　□金属　□ヨード（造影剤） □その他（　　）
服用中の薬やサプリはありますか？	□ない	□ある	※「ある」とお答えの方はご記入ください