



ふりがな
お名前

生年月日 昭和・平成 年 月 日(年齢 歳)

ご住所

連絡先電話番号(ご自宅)

(携帯電話)

ご職業

ご紹介者

身長 cm

体重 kg

1) 今日どのようなことで診察をご希望ですか(該当する項目に○をつけてください)

- 1. 妊娠しているかどうか(※妊娠の場合 出産希望・中絶希望)
2. 不育症、習慣性流産の相談
3. 月経がづらい(生理痛がひどい・生理の量が多い)
4. 月経不順
5. 不正出血
6. おりものが多い
7. 陰部が(かゆい・痛い)
8. 排尿が(近い・痛い・もれやすい)
9. お腹が痛い
10. 腰が痛い
11. 更年期障害の相談(のぼせ・発汗・不眠・いらいら)
12. しこりがある(陰部・腹部)
13. 避妊の相談(継続的避妊・緊急避妊)
14. がん検診(子宮がん・乳がん)
15. 産み分けの相談(男の子希望・女の子希望)
16. 生理日変更の相談
17. 不妊の相談
18. その他()
避妊なしで妊娠希望されての期間 年 月
今までに他院で不妊治療の経歴 なし・あり → 別紙もご記入下さい

2) 月経について

- 1. 月経周期(月経が始まった日～次の月経の始まる日の前日)→ 順調(日間) 不順(最短 日間 / 最長 日間)
2. 月経期間(月経が始まった日～月経の終わる日まで)→(日間)
3. 月経痛 →(強い・普通・弱い)
4. 月経量 →(多い・普通・少ない)
5. 最終月経 →()月()日より()日間
6. 閉経は()

3) 結婚・妊娠・分娩について

- 1. 結婚していますか はい(年 月 当時 才)・いいえ
2. セックスの経験はありますか はい・いいえ
3. 妊娠したことのある方は下記の表に順に書き込んでください

Table with columns for Age, Pregnancy History (Normal, Miscarriage, Abortion, Ectopic), Delivery (Normal, Vacuum/Forceps, Cesarean), Sex (Male, Female), and Birth Weight.

4) 今までにかかった病気や手術等について

- 1. 病気にかかったこと ない・ある(病名)
2. 手術を受けたこと ない・ある(手術名)
3. アレルギーについて ない・ある(具体的に)
4. タバコを吸いますか いいえ・はい 1日()本
5. 喘息について ない・ある

5) ご主人について

ふりがな
お名前

生年月日 昭和・平成 年 月 日(年齢 歳)

(携帯電話)

ご職業

- 1. 病気にかかったこと ない・ある(病名)
2. 手術を受けたこと ない・ある(手術名)
3. アレルギーについて ない・ある(具体的に)
4. タバコを吸いますか いいえ・はい 1日()本

6) ご家族のなかで特別な病気の方がいますか

いいえ・はい(具体的に)(続柄)