

# ★卵子凍結問診表★

カルテNo. (記入しないでください)

年 月 日 初診 (記入しないでください)

フリガナ

お名前

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 年齢 歳

性交渉の経験はありますか？( はい ・ いいえ ) 婦人科内診を受けたことはありますか？( はい ・ いいえ )

妊娠したことはありますか？( はい ・ いいえ ) 結婚していますか？( はい ・ いいえ )

過去に不妊症の診断または不妊治療を受けたことはありますか？(保険・自費問わず) ( はい ・ いいえ )

血栓症と言われたことはありますか？ ( はい ・ いいえ ) 喫煙していますか？ ( はい ・ いいえ )(1日 本)

あなたの身長( )cm 体重( )kg 血液型( )型 RH( + - ) 帯下の異常( あり ・ なし )

アレルギー： 局所麻酔 抗生剤  アルコール ラテックス(ゴム製品) 食物 消毒液 その他( )

既往歴：気管支喘息 甲状腺疾患 心臓疾患 胃腸疾患 糖尿病 肝臓疾患 うつ病 パニック症候群 緑内障 高血圧

日付(西暦)	施設名	病名	手術方式および内服中の薬剤
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

月経周期(最近の開始日から過去6回分の月経開始日を順番に書いてください)

月 日、 月 日、 月 日、 月 日、 月 日、 月 日

※内服中の薬剤 (該当するものにチェックしてください：複数可)

カバサル 葉酸 マカ 漢方 チラージン アスピリン その他( )