

大塚産婦人科問診票 (リプロ外来用)

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	S	
氏名			H	年 月 日 (歳)
住所	〒 建物名称() 部屋番号()			
自宅電話番号	— —	結婚	未婚 ・ 既婚 ・ 婚約中	
携帯電話番号	— —	身長	cm	・ 非妊時体重 kg
身元保証人(配偶者またはパートナー)氏名			年 月 日生() 歳	
住所		携帯電話	— —	
緊急連先				
実家(旧姓)		電話番号	— —	
住所				

結婚して () 年
子どもを作ろうとして () 年
妊娠 ・ 出産 (妊娠 回 ・ 出産 回)
喫煙 本人 (なし ・ あり) () 本 / 1日
夫 (なし ・ あり) () 本 / 1日
仕事 していない ・ している 週 () 回 曜日 ()
他院に不妊治療で通院したことはありますか? なし ・ あり ()
現在不妊症以外で他院に通院されていますか? なし ・ あり ()
血縁者に糖尿病の方はいますか? なし ・ あり (どなたですか?)
今までに手術を受けたことはありますか? なし ・ あり ()
アレルギーはありますか? なし ・ あり ()
現在飲んでいる薬はありますか? なし ・ あり ()

月経について
初潮 () 歳
月経周期 () 日周期 ・ 不順
月経の量 多い ・ 普通 ・ 少ない ・ 血のかたまりが出る
月経痛 なし ・ あり ()
最後の月経開始日 月 日 ~ 日間
基礎体温はつけていますか? なし ・ あり
診察や検査、治療のことで医師に確認しておきたいこと、質問等ありましたらご記入ください

[]