

初診問診票（卵子凍結用）

フリガナ				生年月日	身長	cm	
お名前	様	昭・平	年	月	日	体重	kg
				(才)	()
ご住所	〒 _____				ご職業		
電話番号	携帯電話	ご自宅	緊急連絡先				

※当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーの尊重・保護に努めております。

ご記入頂いた情報は治療目的以外では使用しないことをお約束いたします。

また、お預かりいたしました電話番号に 当院の病院名を告げて連絡を差し上げてもよろしいでしょうか。（ はい ・ いいえ ）

1. 卵子の凍結について当院でご希望される内容をお聞かせください。

- 早めに卵子凍結をしたい
- 卵子凍結について話を聞きたい
- 自分の身体の状況やタイミングを見てから、ゆっくりすすめていきたい
- 現在の自分の状態を知りたい。（ 卵巣・子宮の状態 卵巣年齢(AMH) その他 ）

2. 今回の卵子凍結の目的（理由）をお聞かせください。

3. 卵子凍結の保管先はお決まりですか？

- 当院（神奈川レディースクリニック）に保管する
- 卵子凍結バンクを利用する （ グレイスバンク / ライフバンク ）

4. 以下のことについてお答えください。

婚姻歴 現在（ 未婚 ・ 既婚 ・ 事実婚 ・ 近々結婚の予定 ）

離婚歴 （ なし ・ あり ）

いままでの月経について

- ・ 最終月経（ _____ 月 _____ 日より _____ 日間 ）
- ・ 普段の月経は… ほぼ順調（ _____ 日型 ） ・ 不順 ・ 無月経
- ・ 月経痛は… 強 ・ 中 ・ 弱 鎮痛剤の使用（ 不要 ・ 時々 ・ 毎日 ）

性交の経験はありますか？（ なし ・ あり ）

妊娠したことはありますか？（ なし ・ あり ）

妊娠歴 _____ 回 そのうち 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回

	年齢	妊娠・分娩の内容	週数	出生体重	経過の異常など
①	才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工中絶	週	g	
②	才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工中絶	週	g	
③	才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 人工中絶	週	g	

裏面も続けてご記入ください

5. 婦人科で診察や治療を受けたことがありますか？ (なし ・ あり)

ありの方… 子宮筋腫 _____才 子宮内膜症 _____才 卵巣腫瘍 _____才

性感染症 _____才 (クラミジア 淋菌 梅毒 ヘルペス 尖圭コンジローマ)

その他 [_____]

治療経過 [_____]

子宮がん検診はうけていますか？ (はい _____年 _____月 いいえ)

6. 婦人科以外で病気 (現在治療中も含めて) や手術の経験はありますか？

(なし ・ あり) 該当する病名にチェックとかかった年齢・治療の経過をお書きください

喘息 _____才 高血圧 _____才 糖尿病 _____才 心臓病 _____才

甲状腺疾患 _____才 がん _____才 B型肝炎 _____才 C型肝炎 _____才

精神疾患 (具体的な病名 _____) _____才 てんかん _____才

その他 (_____)

治療経過 [_____]

そのうち現在治療中のもの (_____)

服用中の薬 (_____)

7. アレルギーはありますか？ (なし ・ あり)

どのような症状がでましたか？

ありの方… 薬剤 (_____)

食物 (_____)

その他 (ゴム ・ 金属 _____)

8. ご家族の中に特別な病気をお持ちの方は いらっしゃいますか？

(なし ・ あり : 遺伝病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん ・ その他 _____)

続柄 (_____)

9. 嗜好品について お答えください。

・お酒 : 飲む (少 ・ 多) _____ 飲まない

・たばこ : 吸う (_____ 本/日) _____ 吸っていたことがある ・ 吸ったことはない

10. 治療に際して、事前にお聞きになりたいこと等ございましたら、お書きください。