

# 問 診 票

金沢たまごクリニック

下記にご記入いただき、受付へお渡しください。（あてはまるものに○をつけてください）

フリガナ			住 所	(〒 - )	
お名前			携帯番号		
お電話番号					
生年月日	( 歳)	職 種			お勤め先
血液型	( 型 Rh+・- )	身 長	cm	体 重	kg
未婚・既婚		(昭和・平成 年 月 に結婚 歳の時)			
体外受精を行ったことがありますか		有 (病院名: )・無			
永遠幸レディースクリニックへの通院歴		有・無		最終来院日 年 月	

## あなたの月経について

初めて月経があった年齢	歳	月経は順調ですか	はい・いいえ
一番最近の月経はいつ始まりましたか	月 日 から 日間	それはいつもの月経と同じでしたか	はい・いいえ
月経周期は ( ~ ) 日 [月経開始から次回開始までの日数]			
月経の持続日数は	日間	月経の量は	多い・普通・少ない
月経痛はありますか	はい・いいえ	備 考	

## あなたの妊娠・分娩について

セックスの経験はありますか	はい・いいえ	妊娠した事がありますか	はい・いいえ
妊娠した事がある方はお答えください		分娩 回	自然流産 回
		人工妊娠中絶 回	
妊娠歴について教えてください			
	年 月	転帰 (分娩 もしくは 流産など)	週数
①	年 月	分娩(生産・死産)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週
②	年 月	分娩(生産・死産)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週
③	年 月	分娩(生産・死産)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週
④	年 月	分娩(生産・死産)・流産・子宮外妊娠・その他( )	週

## 今までにかかった病気や受けた手術等について (婦人科以外も含めて)

病気にかかったり手術を受けた事がありますか		はい (病名 )・いいえ
手術歴	( 歳の時)・	( 歳の時)
薬や注射のアレルギーはありますか		はい(薬名 )・いいえ
ぜんそくにかかった事がありますか	はい・いいえ	輸血を受けた事がありますか はい・いいえ
“血栓症”といわれた事がありますか		はい ( 年 月)・いいえ
現在、喫煙はされていますか		はい ( 本 / 日)・いいえ

## ご主人について

フリガナ			生年月日	(年齢 歳)
お名前			健康ですか	はい・いいえ
職 種				
病気にかかったり手術を受けた事がありますか		はい (病名 )・いいえ		

## 家族の中に何か特別な病気の方はいますか

いる (遺伝病・高血圧・糖尿病・ガン・その他 )・いない
------------------------------