

# 女性問診（医学的卵子・医学的受精卵・社会的卵子・凍結希望）

## 1. 基本情報

氏名（フリガナ）	身長 cm	体重 kg	血液型	RH
生年月日（必須） 昭 / 平 年 月 日 （ 才）	職業			
携帯電話	緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称 )			

## 2. 月経について

①初潮		才
②月経周期	順調	日周期 / 不順 (持続日数 日間)
	最終生理	年 月 日から 日
	その前	年 月 日から 日
③月経量	多量 / 中等量 / 少量	
④生理痛はありますか	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他 ( )	
⑤鎮痛剤は使用しますか	いいえ / はい (薬名: )	
⑥性交経験はありますか	いいえ / はい	
⑦パートナーはいますか	なし / あり	

## 3. 妊娠・出産歴 ない / ある

	妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
①	年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		男 / 女 g 健 / 否
②	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		男 / 女 g 健 / 否
③	年 月 才	週	1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6		男 / 女 g 健 / 否

## 4. 原疾患治療について（※医学的卵子・受精卵の方のみご記入ください）

①原疾患治療施設	
②原疾患分類	血液疾患（白血病）・血液疾患（リンパ腫）・血液疾患【その他】・乳腺腫瘍 骨軟部腫瘍・消化器腫瘍・脳腫瘍・婦人科腫瘍・自己免疫疾患・泌尿器腫瘍・その他
③原疾患名	
④原疾患診断日	年 月 日 ※再発の場合は再発と診断した日を記入してください。
⑤原疾患治療開始(予定)日	年 月 日
⑥原疾患の初発or再発	初発 再発
⑦原疾患に対する既往治療	手術・造血細胞移植（骨髄移植など）・化学療法・放射線治療・ホルモン療法・その他
⑧原疾患に対する予定治療	手術・造血細胞移植（骨髄移植など）・化学療法・放射線治療・ホルモン療法・その他

5. 現在、内服している薬またはサプリメントはありますか

いいえ / はい (薬名: )

6. 日常生活について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> ( ) 時間位 <input type="checkbox"/> 決まっていない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日) <input type="checkbox"/> 吸わない

7. アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの ( ) 症状 ( )
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿 (消毒) <input type="checkbox"/> ゴム製品 症状 ( )
③薬 (飲み薬や注射、歯科麻酔薬など) で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名 ( ) / 不明 副作用 ( )
④ヨードアレルギーまたは造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	検査名 ( ) / 不明 副作用 ( )

8. これまでに下記のような病気にかかったことがありますか (重複可)

- 癌 ( )  結核  糖尿病  心疾患  高血圧  喘息  腎疾患  
 甲状腺疾患  肝疾患  リウマチ  精神疾患  子宮内膜症  子宮筋腫  淋病  
 梅毒  B型肝炎  C型肝炎  その他 ( )

9. これまでに下記の検査を行ったことがありますか

検査	選択してください
クラミジア検査	なし / あり → 年 月 陰性 / 陽性
子宮頸がん検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明

10. 入院したことがありますか ない / ある (あるの方は下記にご記入ください)  
いつ頃 ( 年 月) 病名 ( ) 病院名 ( )

11. 手術したことがありますか ない / ある (あるの方は下記にご記入ください)  
いつ頃 ( 年 月) 病名 ( ) 病院名 ( )

12. 輸血をうけたことがありますか いいえ / はい (「はい」の方はお答えください)  
いつ ( ) 歳 理由:

13. 信仰している宗教はありますか いいえ / はい

14. 宗教上医療行為などに制限がありますか いいえ / はい

15. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。( する / しない )

※同意されない場合は、下記内容の加算1が発生します。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算1 3点  
加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

16. お薬の処方の際、ジェネリック医薬品 (先発医薬品と同等の効果・効能で低価格の医薬品) を希望されますか。※お薬によっては先発医薬品を処方する場合がございます。  
いいえ / はい

17. その他、何かありましたらご自由にお書きください