

患者 ID \_\_\_\_\_

## 初めて受診される方へ

フリガナ \_\_\_\_\_

(S・H \_\_\_\_\_ 年)

■氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 才 職業 \_\_\_\_\_ 喫煙(無・有)

結婚 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( 才 ) ・未婚 <身長 \_\_\_\_\_ cm ・体重 \_\_\_\_\_ kg>

### ■夫

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 才 職業 \_\_\_\_\_ 喫煙(無・有)

#### 1. これまでに不妊の相談・治療をされたことはありますか

・無 ・ 有 ( 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 から)

↳ 用紙2枚目「他院治療歴」の記入をお願いします

#### 2. 月経について

・最終月経はいつですか (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

・初潮 ( \_\_\_\_\_ 才 )

・生理の周期は ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日型 順調 ・ 不順 )

・生理痛は ( ひどい ・ ふつう ・ かるい )

・生理の量 ( 多い ・ ふつう ・ 少ない )

#### 3. これまでに妊娠されたことはありますか 無 ・ 有

(西暦)	出産	流産	その他 (人工中絶・帝王切開 e t c)
年 月		( 週)	
年 月		( 週)	
年 月		( 週)	

#### 4. 子宮頸がん検診は 受けていない ・ 受けている (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 : 正常・異常・不明)

#### 5. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか (あてはまる病気に○をつけてください)

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺 ・ 緑内障

喘息 (最終発作 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) ・ その他( )

#### 6. 現在、内服中の薬 無 ・ 有

( \_\_\_\_\_ )

#### 7. 手術を受けたことはありますか 無 ・ 有

\_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

#### 8. アレルギー (薬剤) 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

(その他) 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

#### 9. 当院を何でお知りになりましたか

・知人の紹介・他院からの紹介・雑誌・看板・電話帳・インターネット・その他 ( \_\_\_\_\_ )

・当院の説明会 (一般不妊教室 / 体外受精・顕微授精教室)

当院は診療報酬情報を取得・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、マイナンバー健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。