

初診申込書 (女性用)

フリガナ		年齢	歳	
氏名		生年月日	T S H	年 月 日
住所	〒			
TEL		緊急連絡先	本人携帯	
			実家	
メールアドレス				
職業	※身長、体重は当日測定いたしますので記入の必要はありません			
初潮	歳	閉経	歳	
		身長	cm	体重 kg
最終月経	月 日	～	月 日 (日間)	月経周期 規則的 (日型) ・ 不規則
未婚の方	SEXの経験 (ある ・ ない)			
既婚の方	結婚年月日 年 月 日 (歳時)			
	ご主人について 現在 歳 / 健康ですか? はい・いいえ()			
妊娠について	出産	回・死産	回・流産	回・外妊 回・中絶 回・なし
出産について	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を 分娩・帝王切開	
	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を 分娩・帝王切開	
	歳時	ヶ月(週)で	gの男・女児を 分娩・帝王切開	
* 本日の受診科	不妊科・産科・婦人科・漢方外来・その他()			
* 本日紹介状はお持ちですか?	はい・いいえ			
* 基礎体温はつけていますか?	はい(本日 持参している・持参していない)・いいえ			
基礎体温表を本日持参なさった方は過去3ヶ月の月経周期と高温期の日数を記入して下さい。				
	月	月	月	
月経周期	日	日	日	
高温期	日	日	日	
* 異常体質はありますか?	ない・ある ()			
* 薬や注射で、かゆみ・発赤・動悸・ショックなどの症状を起こしたことはありますか?	ない・ある(薬剤名: 症状:)			
* アレルギーはありますか?	ない・ある()			
* 喫煙はされますか?	ない・ある(喫煙歴:)			
* 次の感染症と言われたことはありますか?	B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(エイズ) ・ ATLA ・ なし			

裏面もご記入ください

* 次の疾患と診断されたことはありますか？	
ガン ・ 糖尿病 ・ ぜんそく ・ 心疾患 ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患 ・ 脳疾患 ・ なし	
* 輸血をしたことがありますか？ ない ・ ある (歳)	
* 手術等、大きな病気をされたことがある方、その他気になることがあればご記入ください	
* 子宮頸癌、または子宮体癌の検診をされたことがありますか？ ない ・ ある	
＜ 検診をされたことのある方のみご記入ください ＞	
＜ された検診 ＞ 子宮頸癌 ・ 子宮体癌	
検診日: 年 月 日 結果を教えてください []	
* 田中温(院長)宛にお問い合わせされたことがありますか？ はい ・ いいえ	
＜ お問い合わせをされたことのある方のみご記入ください ＞	
手紙 ・ TEL ・ FAX ・ Eメール ・ その他 () で 年 月 日頃	
返事は来ましたか？ はい ・ いいえ	
Eメールの方はメールアドレスを教えてください	
江東病院カウンセリングを受けたことがありますか？ いいえ ・ はい (年 月)	
* 不妊治療をされたことがありますか？ はい ・ いいえ	
＜ 不妊治療をされたことがある方のみご記入ください ＞	
1. 卵管造影検査をされたことはありますか？ はい ・ いいえ	
＜ ある方 ＞ いつ頃ですか？ 年 月頃	
結果を教えてください []	
2. ご主人の精液検査をされたことはありますか？ はい ・ いいえ	
＜ ある方 ＞ 結果を教えてください []	
3. 人工授精、体外受精、ギフトを受けたことはありますか？ はい ・ いいえ	
＜ ある方 ＞ 人工授精 回 ・ 体外受精 回 ・ ギフト 回	
4. 不妊治療を受けた病院名をご記入ください	