

セキールレディースクリニック 問診票 (女性用)

スマア検査

* クリニック使用欄

高崎券有(本日実施) 高崎券無(本日実施) 高崎券有次回持参(次回実施) 他院で実施済み 市外

当てはまるものに☑または記入をして下さい

<ご自身について>

記入年月日 平成_____年_____月_____日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名	(歳)	自宅Tel	() -			
住所	〒 - セキールの名前で郵便物等の送付をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る (「困る」を選択された方に郵送物がある場合は院長の 個人名にて送付させていただきます。予めご了承下さい。)	ご自宅はセキールの名前で連絡をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る				
		携帯Tel	() -	(携帯電話はセキールの名前で連絡させていただきます。 お持ちの方は必ず記入して下さい。)		
		アルコール	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い			
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 現在 本/日: 歳~現在まで <input type="checkbox"/> 過去 本/日: 歳~ 歳まで <input type="checkbox"/> 無			
職業						
血液型	() 型 Rh ()	身長・体重	() cm ・ () kg			
性交で悩みがありますか	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ					

<夫またはパートナーについて>

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名	(歳)	職業				
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

来院された理由	<input type="checkbox"/> 子供が欲しい <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入をしてください)					
---------	---	--	--	--	--	--

月経について	最終月経	月	日	~	月	日	(日間)
	その前の月経	月	日	~	月	日	(日間)
	初経	歳	閉経	歳	普段の出血期間	日間	
	周期	<input type="checkbox"/> 規則的 (日周期)			<input type="checkbox"/> 不規則 (バラバラ・だいたい 日 ~ 日周期)		
	出血量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少ない			
	月経痛	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 少し痛い		<input type="checkbox"/> 痛くない			
	鎮痛剤	<input type="checkbox"/> 使う (1日 回 日間)			<input type="checkbox"/> 使わない		
月経以外の痛み	<input type="checkbox"/> 全く痛くない		<input type="checkbox"/> お腹が痛い		<input type="checkbox"/> 腰が痛い		
	<input type="checkbox"/> 排便で痛い		<input type="checkbox"/> 排尿で痛い		<input type="checkbox"/> 性交で痛い		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (平成 年 月 日: 歳)			<input type="checkbox"/> 予定 (平成 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 未婚			<input type="checkbox"/> 事実婚			

《次ページに続く》

今までに不妊治療を受けたことはありますか

はい →

<input type="checkbox"/> 排卵誘発	(クロミッド ・ HMG ・ HCG)				
<input type="checkbox"/> 薬物療法	(漢方 ・ カバサル ・ テルロン ・ スプレキュア ・ ナサニール ・ デュファストン ・ その他)				
<input type="checkbox"/> タイミング療法	(時期 平成 年 月 ～ 平成 年 月) (回数 周期)(病院)				
<input type="checkbox"/> 人工授精	(時期 平成 年 月 ～ 平成 年 月) (回数 周期)(病院)				
<input type="checkbox"/> 体外受精(体外受精・顕微授精・凍結融解胚移植)					
【採卵回数 回 ・ 体外受精 回 ・ 顕微授精 回 ・ 胚移植回数 回】					
年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植	採卵数	移植数	凍結胚数	病院
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
<input type="checkbox"/> その他 ()					

いいえ

今までに不妊治療の副作用で困ったことはありますか

はい →

<input type="checkbox"/> 薬品	(何で)
	(どんな症状)
<input type="checkbox"/> 治療	(何で)
	(どんな症状)

いいえ

上記以外の希望・質問・不安なことなどご自由に記入して下さい (薬、費用、夫・パートナーについて 等)