

問診票

卵子凍結

初診日：_____年____月____日

ID：_____

フリガナ		生年月日	昭和・平成_____年（西暦_____年） _____月_____日生まれ 満_____歳	身長	cm
ローマ字				体重	kg
お名前	様	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者（_____） その他（_____）		
連絡先	自宅 _____ - _____ 携帯 _____ - _____	Eメール _____ @ _____			
住所	〒 _____ 都道市区 府県 町村				
緊急連絡先	※緊急時に連絡を取る必要がある場合のみ使用します フリガナ お名前： _____ 様（続柄： _____） 住所： _____ 電話： _____ - _____ 緊急連絡先の方について該当する項目をお選びください <input type="checkbox"/> 当院に通院し、卵子凍結することを知っている <input type="checkbox"/> 当院に通院することのみ知っている <input type="checkbox"/> 卵子凍結をすることになったら知らせる				

●当院のホームページの卵子凍結のページをご覧になりましたか？

- はい いいえ

●卵子凍結保管サービス「Grace Bank」への登録はお済ですか？

- はい いいえ

●卵子凍結について当院でご希望される内容をお聞かせください

- 早めに卵子凍結をしたい 栄養療法を行って、妊娠しやすい体づくりをしてから良質な卵子凍結をしたい
 相談してから決めたい まずは説明を聞きたい

●婚姻歴について

- 独身（婚姻歴なし）
 独身（婚姻歴あり）
 既婚（結婚年齢 _____ 歳）

●性交歴について

- なし あり

★裏面もご記入をお願い致します

● 妊娠・出産について

妊娠歴 なし

あり → 出産歴： あり ・ なし (流産 ・ 死産 ・ 子宮外妊娠 ・ 人工流産)

● 月経について

初潮： _____ 歳

月経： 順調 ・ 不順 周期： _____ 日 (生理期間 _____ 日)

最終月経： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※直近の生理が始まった日をご記入ください

● 不妊検査や不妊治療歴について

なし

あり ※下記の該当する項目をお選びください

人工授精・タイミング治療 (_____ 年 _____ 月頃/施設名： _____)

体外受精・顕微授精 (_____ 年 _____ 月頃/施設名： _____)

卵子凍結 (_____ 年 _____ 月頃/施設名： _____)

抗ミュラー管ホルモン (AMH) (_____ 年 _____ 月頃/施設名： _____)

月経中ホルモン検査 (_____ 年 _____ 月頃/施設名： _____)

● 既往歴について

婦人科系の疾患 (病名： _____)

婦人科系以外の病気 (病名： _____)

手術を受けたことがある (病名： _____)

● 副作用・アレルギーについて

局所麻酔 (歯科麻酔等) による副作用 経験なし 経験あり (薬剤名： _____)

ホルモン剤による副作用 経験なし 経験あり (薬剤名： _____)

アレルギーはありますか ない ある (内容： _____)

● 現在、服用中の薬について

なし

あり (病名： _____ 薬剤名： _____)

● 採卵時の麻酔について

局所麻酔希望 (追加費用なし)

全身麻酔希望 (¥55,000 追加費用がかかります)

その他、ご希望・ご質問がありましたらご記入ください

