

問診票 (Grace Bank 卵子凍結用)

記入日: 西暦

(フリガナ)

名 前

生年月日: 西暦

年齢:

歳

電話番号

以下の事項をお分かりになる範囲で結構ですので、ご記入ください。

1) 今までに病気の経験はありますか? 【 あり なし】

【あり】と答えた方は、下記の該当する病気に をつけて下さい。

高血圧 歳 糖尿病 歳 心臓病 歳 喘息 歳

子宮筋腫 歳 卵巣腫瘍 歳 子宮内膜症 歳

性行為感染症(クラミジア 淋菌 梅毒 尖圭コンジローマ ヘルペス)

精神疾患 () その他 ()

2) 今までに手術の経験はありますか? 【 あり なし】

【あり】と答えた方は、下記の該当する病気に をつけて下さい。

卵巣手術 (開腹手術 腹腔鏡手術) 歳 子宮筋腫 (開腹手術 腹腔鏡手術) 歳

子宮外妊娠 (開腹手術 腹腔鏡手術) 歳

その他の腹部の手術 (内容)

その他 ()

3) 現在治療中の病気、服用中の薬(サプリメント含)はありますか。 【 あり なし】

【あり】と答えた方は、下記にご記入ください

年齢: ()歳から 病名: ()通院中の病院名: ()

薬: () サプリメント: ()

4) 月経について

初経年齢 (月経が始まった年齢) 歳

月経周期 日間 (整調 不整) 月経日数 日間

一番最近の月経はいつから始まりましたか? 月 日から 日間

その前の月経はいつからはじまりましたか? 月 日から 日間

月経血量 (正常 過多 過少)

月経痛の有無 (なし 軽度 中等度 高度) 鎮痛剤の使用 (不要 時々 ほぼ毎回)

性交の経験 (あり なし) → 性交時痛の有無 (あり なし)

2枚目の記載もお願いします。→

5) ご自身の血縁関係の方で特別な病気の方がいますか? いる・ いない (○をつけてください)

	父	母	兄	弟	姉	妹
高血圧						
糖尿病						
癌 (病名)						
	()	()	()	()	()	()
その他 (病名)						
	()	()	()	()	()	()

6) ご自身の健康状態とプロフィールについてご記入ください

身長 cm 体重 kg BMI kg/m²

薬剤アレルギー 無 ・ 有 ・ (薬剤名:)

その他アレルギー 無 ・ 有 ・ ()

喫煙 無 ・ 有 (本/日)

飲酒 無 ・ 有 (回/週)

(量) ビール 缶/日 泡盛 合/日 その他 ml/日

職業 () 可能であればご記入下さい

問診票の提出方法について

ご記入頂きました問診票は以下の方法にて当院へご提出下さい。

・ご郵送の場合

以下の宛先へご記入頂いた問診票をご郵送下さい。

〒901-0406

沖縄県島尻郡八重瀬町字屋宜原229番地1

医療法人 杏月会

空の森クリニック 医事課宛

・Eメールの場合

以下のアドレス宛にご記入頂いた問診票を添付して送信して下さい。

cryobank[at]azukikai.or.jp

(アドレスを入力する際には[at]を@に置き換えて送信下さい)