

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 歳
身長 体重	身長 cm 体重 kg
住所	〒
電話番号	( )
職業	

当クリニックを何で知りましたか？ 該当するものにチェックして下さい

- 医師からの紹介（病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_）
- 知人からの紹介
- 当院のホームページ 検索ワード（例：不妊治療 千里中央 \_\_\_\_\_）
- 当院のSNS（Instagram・Facebook・LINE・Youtube） 検索ワード（\_\_\_\_\_）
- 当院以外のWEBページ（子宝ネット・不妊治療情報センター・赤ちゃんが欲しい・その他 \_\_\_\_\_）
- 広告（新聞・地域情報紙 \_\_\_\_\_）
- 雑誌（i-wishママになりたい・妊活たまごクラブ・赤ちゃんが欲しい・その他 \_\_\_\_\_）
- 駅広告・電車内広告（北大阪急行線千里中央・モノレール \_\_\_\_\_）
- その他

今回の来院理由を教えてください。 該当するものにチェックして下さい。

- 月経不順、月経痛など月経に関する不安があり、検査希望。
- 現在挙児希望なし。将来の妊娠・出産に向けて自分の身体の状態が知りたい。
- 現在挙児希望あり。妊娠に向けての検査希望。
- パートナーと検査希望。
- その他

看護師記入欄
B P /
P
K T

あなたの月経について教えてください

- ・ 一番最近の月経はいつありましたか？（ \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 日間）
- ・ 初めての月経は何歳の時でしたか？（ \_\_\_\_\_ ）歳
- ・ 月経周期は？（順調 \_\_\_\_\_ 日周期 ・ 不順）
- ・ 月経時の出血の続く日数は（ \_\_\_\_\_ ）日間
- ・ 月経時の出血量について（多い ・ ふつう ・ 少ない）
- ・ 月経痛はありますか？（強い ・ 少しある ・ ほとんどない）

現在のことについて教えてください

- 未婚（パートナー あり ・ なし） 結婚歴（あり ・ なし）
- 結婚予定（ \_\_\_\_\_ 年 月入籍予定）
- 既婚（ \_\_\_\_\_ 年 月結婚）
- 再婚予定（ \_\_\_\_\_ 年 月頃予定）

あなたの生活について教えてください

- ・ 今までに性交渉の経験はありますか？（はい ・ いいえ）
- ・ 今までに婦人科の診察を受けたことがありますか？（はい ・ いいえ）  
「はい」とお答えの方にお尋ねします。どのような事で受診されましたか？  
（ \_\_\_\_\_ ）
- ・ 今までに薬や注射でアレルギーや副作用が起きたことがありますか？（あり ・ なし）  
「あり」とお答えの方にお尋ねします。薬品名と症状の記入をお願いします。  
薬品名（ \_\_\_\_\_ ） 症状（ \_\_\_\_\_ ）
- ・ 薬以外でアレルギーをお持ちですか？（はい ・ いいえ）  
（ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ・ その他 \_\_\_\_\_）

妊娠歴について教えてください。

- ・ 今までに妊娠したことがありますか？（ある ・ ない）

今までの健康状態について教えてください。

- ・ これまでに病気や手術の経験はありますか？（ある ・ ない）  
「ある」とお答えの方はご記入お願いいたします。  
（いつ： \_\_\_\_\_ 年 歳 病名： \_\_\_\_\_ 経過： \_\_\_\_\_）