

☆ ノンメディカル卵子凍結をご希望の方へ ☆

下記の項目をご記入ください。この内容は情報収集の目的以外には使用いたしません。

診察券番号	生年月日〈西暦〉
(ふりがな) 名前	連絡先 (ご本人様携帯)
職業 (_____) 勤務形態 (時間など) 常昼 夜勤あり 不規則 フレックスあり 通院のための調整 可 ・ 不可	身長 _____ cm (受診時に体重測定します) 未入籍・結婚・再婚 年 月 性交経験 あり ・ なし
日本産婦人科学会HPの「ノンメディカルな卵子凍結をお考えの方へ」の動画を視聴されましたか? はい ・ いいえ	

【家族構成】同居されている方全員をご記入ください

例) 父 65歳 母 58歳

【家族歴】血のつながった祖父母、父母、兄弟姉妹で心臓病、高血圧、がん、糖尿病、てんかん、精神の病気、遺伝病など、病気の方や亡くなった方をお書きください。ご家族の中で何か特別な病気の方がいらっしゃいますか。

例) 実父 70歳 糖尿病

【月経について】初めての月経 ()歳 最終月経 年 月 日～ 周期 (~)日 _____日間

月経痛 あまりない ・ 時々鎮痛剤服用 ・ 毎回鎮痛剤使用 ・ 時に寝込む (仕事を休むなど)

月経の時に月経痛以外に他にどこか調子が悪いところなどはありますか

()

【今までの妊娠・出産・産後 (流産・中絶・死産含む) について】

例) ●年●月 妊娠●週 正常分娩 または帝王切開 など

【不妊治療について】 不妊症の検査や治療を受けたことがある場合は該当するものにシ点チェックを入れてください

ホルモン検査

排卵誘発

子宮卵管造影

人工授精

タイミング指導

体外受精・顕微受精

その他 ()

【アレルギー】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: _____ 症状: _____)
食物 (フルーツなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物名: _____ 症状: _____)
アルコールの消毒で赤くなったり、かゆくなったりしますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【健康診断・がん検診について】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
乳がん	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
歯科検診	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない

【病歴】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬; _____ 最終発作; _____)
現在の内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
麻疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明

【生活】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

喫煙 (電子タバコ含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 本/日 × _____ 年 種類; _____)
配慮が必要な宗教 (輸血や食事など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)

その他、聞きたいこと・伝えたいことなどありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございます。