

問診票 お手数ですがご記入下さい。

はじめの問診票と重複している項目は省いていただいて結構です。

生年月日 年齢 血液型 喫煙 (+ -)

本人名前 _____ 本/日

夫 名前 _____ 本/日

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 (自宅) _____ 身長 _____ c m

携帯番号 (本人) _____ 体重 _____ K g

携帯番号 (夫) _____ # BMI _____

(こちらで計算します)

#これまで避妊していない (妊娠していない) 期間は何ヶ月ですか?
_____ヶ月

#これまでに施行した検査があれば項目を分かる範囲でご記入下さい。

日付	項目	検査結果	日付	項目	検査結果
_____	癌検診	_____	_____	精液検査	_____
_____	クラミジア	_____	_____	女性ホルモン	_____
_____	淋菌	_____	_____	甲状腺	_____
_____	梅毒	_____	_____	プロラクチン	_____
_____	B型肝炎	_____			
_____	C型肝炎	_____		その他	
_____	エイズ	_____		ご要望があればご記入下さい	
_____	卵管造影	_____		_____	
_____	子宮鏡	_____		_____	
_____	腹腔鏡	_____		_____	

これまでの妊娠があればご記入下さい Para _____

分娩年月日	週数	分娩様式	性別	体重 (g)	その他
		経膣 帝切 流産			
		経膣 帝切 流産			
		経膣 帝切 流産			