No.

金山生殖医療クリニック　問診票

（ご記入日：　　年　　月　　日）

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦　　年　　月　　日　（　　歳）		
住所	〒　　－		
連絡先		ご職業	

①ご希望の項目に☑をつけてご回答ください

☐ 妊活フルセット（超音波検査込み）　　☐ AMH(卵巣年齢)採血のみ+超音波検査

☐ ブライダルチェック（超音波検査込み）　　☐ AMH(卵巣年齢)採血のみ

②オプション検査をご希望の方は☑をつけてご回答ください

☐ 子宮頸がん検査　　☐ 風疹抗体検査　　☐ 希望しない

風疹抗体検査をご希望の方にお尋ねします。

いままでに風疹感染の既往、予防接種、抗体検査を受けたことはありますか？　　☐はい　　☐いいえ

③ご本人様についてお尋ねします

1．ご結婚されていますか？　　☐ はい（　西暦　　年　　月）

☐ 事実婚　☐ 婚約中　☐ 未婚（入籍予定　あり　・　なし　）

2. 性交渉の経験はありますか？　　☐あり　☐なし ※当院では経腟超音波を行っております。

ご心配な点がございましたらお気軽にご相談ください。

3.【 月経 】

初潮	歳
直近の月経開始日	年　月　日　日間
周期	☐順調（　日周期）　☐不順（　日から　日くらい）
月経痛	☐あり　☐なし

4．【 妊娠 】

妊娠されたことはありますか？　　☐ はい　　☐ いいえ

☐ 妊娠（　回）　☐ 分娩（　回）　☐ 流産（　回）　☐ 人工妊娠中絶（　回）

5．低用量ピルの影響で AMH の値が低く出る場合があります。

☐ 現在、低用量ピルを服用していない

☐ 現在、低用量ピルを服用している。又は 3 か月以内に低用量ピルを服用していたが、了承のうえ検査を希望する。

6．現在内服中のお薬はありますか？　　☐ はい（　　）　☐ いいえ

7．ラテックスアレルギーはありますか？　　☐ はい　　☐ いいえ

8．アルコールアレルギーはありますか？　　☐ はい　　☐ いいえ

※ご記入後は受付までお持ちいただけますよう、お願いいたします。