

# 初診時間診票 (ブライダルチェック)

記入日 年 月 日

氏名	年齢	生年月日	身長	体重	ご職業
(ふりがな)	歳	年 月 日	cm	kg	

住所	電話番号
(〒 - )	

## 【月経】

- 最終月経(最近の月経) 月 日～ 月 日
- 月経日数 日間
- 月経周期 日型 (例: 28日、35日、不順 など)

## 【子宮頸がん検査】

- 子宮頸がん検査を受けたことがありますか ・はい ・いいえ  
直近でいつ受けましたか ( ) 検査結果( )

## 【詳細】

- パートナー 無 有
- 入籍予定 無 有( 年 月予定) 入籍済
- 治療の希望 無 有  
有の方 治療(妊活)開始予定時期 ( 年 月頃予定)
- パートナーの検査希望(当院では精液検査ができます) 無 有
- 自身の希望の検査(ブライダルチェック項目) 興味のあるものにチェックしてください(詳細説明は別紙参照)
- ・超音波検査
  - ・クラミジア検査
  - ・採血(甲状腺・プロラクチン・風疹・感染症・テストステロン) …基本検査となります
- オプション検査(すべて採血です)
- ・貧血・AMH・精子不動化抗体・ビタミンD
- (感染症、AMH、精子不動化抗体、ビタミンD、風疹の採血は自費\* 風疹抗体は条件満たす方は公費です)
- その他気になる検査はありますか  
( )
- 本日その他相談したい症状はありますか  
( )

裏面もご記入ください

**【性交渉の経験】**

・経験がある    ・経験がない

**【妊娠・出産歴】**

妊娠歴、出産歴のある方

年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開
年 月 日	妊娠 週	出産・流産・人工妊娠中絶	g(男・女)	経膣分娩・帝王切開

**【嗜好品】**

タバコ

・吸わない    ・吸っていたがやめた(                  年前まで)    ・吸う 1日                  本                  年

アルコール

・飲まない    ・飲む(1週間                  回 1回量                  ml程度)

**【アレルギー】**

ゴムアレルギー                  ・ない                  ・ある

アルコール消毒                  ・ない                  ・ある

内服薬・注射薬                  ・ない                  ・ある(薬品名                  )(症状                  )

食品                  ・ない                  ・ある(食品名                  )(症状                  )

その他                  ・ない                  ・ある(                  )(症状                  )

**【治療中または今までに治療をした病気】**

現在治療中の病気はありますか。                  ・ない                  ・ある(病名                  )

現在服用をしている薬はありますか。                  ・ない                  ・ある(薬剤名                  )

心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどはありますか。

・ない                  ・ある(病名                  )

喘息と診断されたことはありますか。                  ・ない                  ・ある(最終発作                  歳)

・あるとお答えの方 → 医師に鎮痛解熱剤の使用を注意されている                  ・いいえ                  ・はい

ロキソニンやボルタレンを使用したことがある                  ・いいえ                  ・はい

緑内障と診断されたことはありますか。                  ・ない                  ・ある

てんかんと診断されたことはありますか。                  ・ない                  ・ある

今までに手術の経験がありますか。                  ・ない                  ・ある(術名                  )

分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。  
(                  )