

女性ブライダルチェック問診票

年 月 日

ふりがな	生年月日	年齢	未婚・結婚予定
氏名	昭平 年 月 日		既婚（才で結婚） 再婚・初婚
住所	〒（ ） e-mail :		ご職業
電話番号 :	身長 : cm	体重 : kg	

(1) お悩みの症状はございますか？当てはまる項目に丸をお付けください。

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 生理の異常
長引く・出血が多い・少ない・生理不順・生理痛 | 6 下腹部痛・腰痛 |
| 2 生理以外の出血がある | 7 子供が欲しい 不妊治療の経験は（ない・ある） |
| 3 おりものが気になる | 8 夫婦生活の相談 |
| 4 外陰部や膣のかゆみ | 9 がんが心配（子宮・卵巣・乳房） |
| 5 外陰部のできもの | 10 漢方薬に興味がある |
| | 11 その他（ ） |

(2) ご記入ください。＊基礎体温表をお持ちの方は診察前にご準備ください

- 初潮（才） 性交経験（有・無）
- 最終月経（月 日から 日間）※直近の月経。月経中の方は現在の月経開始日をご記入ください。
- 生理周期（日～日）※月経不順のある方は、平均ではなく最短の日数と最長の日数をお書きください。
- 出血量は（少ない・普通・多い・最初の2～3日のみ多い・ドロツとした血の塊がでてくる）
- 生理痛は（ない・あるが我慢できる程度・痛み止めを飲む・寝込むほど）
- 生理痛以外の症状がありましたらお書きください
（ ）

(3) 生活習慣・既往歴についてお答えください。

- たばこ（吸わない・吸う） 2 お酒（飲まない・飲む： ml程度／毎日・週 回・月 回）
- 薬や食品にアレルギーがありましたらご記入ください（ ）
- 現在内服している薬があればお書きください（ ）
- これまでにかかったことのある病気や治療中の病気、手術歴があればお書きください
（ ）

(4) 当てはまる方は下記の項目にお答えください。

- 妊娠歴（あり・なし） ありとお答えの方は以下の項目にお答えください
（才のときに 出産・自然流産・中絶）（才のときに 出産・自然流産・中絶）

(5) 追加項目（オプション）検査をご希望の方は、希望する項目に丸をつけてください。

- ①血液一般（貧血検査）1,650円 ②血液型検査（ABO式・Rh(D)式）3,300円 ③麻疹抗体検査 3,300円
④子宮頸がん検査 4,400円 ⑤HIV検査 2,750円 ⑥甲状腺（TSH）2,200円 ⑦トキソプラズマ検査 4,400円
⑧AMH※（卵巣年齢）7,700円 ※AMH（抗ミュラー管ホルモン）は、卵巣の中に今後排卵できる卵がどれくらい残っているかを調べる検査です。卵巣年齢検査と呼ばれることもあります。

医師記入欄

卵巣	右・左	嚢腫	チョコレート嚢腫	嚢胞	黄体	奇形腫	PCO様	他	疑い	△
子宮	筋腫	内膜ポリープ・頸管ポリープ		他					ほぼ	○
再検査（年1・半年1）		月経発来後再検査		経過観察		NP	他		確定	