

(女性版) 妊活プレチェック 問診票

年 月 日 (NO.) ※記入しないでください。

フリガナ

◆お名前 :

◆生年月日: (昭和・平成) 年 月 日 (歳)

◆ご住所: 〒 —

◆ご自宅 TEL: 携帯 TEL:

以下設問にご記入をお願いします。

① 最終月経はいつでしたか? (現在生理中の方も記入してください。)

年 月 日から 日間

② 月経は順調ですか? はい (日型) ・ いいえ

③ 月経のとき痛みますか? はい ・ いいえ

④ 妊娠したことはありますか? はい ・ いいえ

⑤ 喫煙 なし あり (本/日)

⑥ 飲酒 なし あり (1日量)

⑦ アレルギー なし あり ()

⑧ ご結婚はされていますか? はい ・ いいえ

⑨ その他、ご質問・相談等あれば記入してください。

株式会社 Franchise 523

おち夢クリニック名古屋