

【成育医療科・女性科】 問診表  
(がん・生殖医療相談外来)

記入日 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

ふりがな

生年月日

お名前 \_\_\_\_\_

昭・平 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_

患者 I D \_\_\_\_\_

◇結婚歴について 未婚 ・ 既婚 ・ 既婚歴あり

◇男性の方 子供の有無 有 ・ 無

◇女性の方 妊娠歴の有無 有 ・ 無

出産歴の有無 有 ・ 無

当院がん・生殖医療外来を受診される理由（目的）はなんですか？

（とりあえず生殖医療の話が聞きたい、精子・卵子の凍結保存がしたい、など）

特に医師に聞きたいこと 質問等あれば お書きください。

現在受診されている医療機関はどちらですか？

病（医）院名

診療科

科

医師名

先生

◇現在、病名・症状についてどのような説明を受けていますか（書ける範囲でお書きください）