

ブライダルチェック問診表

氏名_____ 年齢_____ 歳 職業_____

I. オプション検査を希望の場合は、希望する項目に○を付けてください。

抗体検査（オプション④～⑧）を希望された場合は、抗体が不十分なものについてワクチン接種を希望するかどうかにもご回答ください。

		値段
○	基本プラン（クラミジア、淋菌、採血）	15,400円
	① 子宮頸がん検診・経腔超音波	6,600円（名古屋市健診クーポン料金+2000円）
	② ①+HPV	① +6,160円
	③ 血液型（ABO型・RH）	2,200円
	④ 麻疹抗体検査（EIA法）	4,400円 ※クーポン使用時自己負担なし
	⑤ 風疹抗体検査（EIA/HI法）	4,175円 ※クーポン使用時自己負担なし
	⑥ 水痘（水ぼうそう）抗体検査（EIA法）	5,601円
	⑦ ムンプス（おたふくかぜ）抗体検査（EIA法）	5,601円
	⑧ 麻疹・風疹・水痘・ムンプス4種セット	6,111円

※名古屋市に住民登録がある方は、助成クーポンの対象となる場合があります。

・オプション④～⑧を希望された方はお答えください。

現在妊娠している可能性はありますか？（　　はい　　・　　いいえ　　）

・抗体が不十分な場合にワクチン接種を希望します。（　　はい　　・　　いいえ　　）

※④～⑧のワクチンは妊娠中には接種しません。予防接種後は2か月間の避妊が必要となります。

II. 月経などについてご記入ください

・初経（　　歳） 性交経験（　有　　・　無　）

・最終月経はいつありましたか？（　　年　　月　　日　から　　日間）

・月経は順調にきますか？□はい（　　日周期）・□いいえ

・月経血の量は　□少ない　・　□普通　・　□多い　・　□血の塊ができる

・月経痛　□ない　・　□ある　：　痛みどめ　□使用しない　・　□使用する

III. 生活・既往歴についてご記入ください

・現在結婚されていますか？　□はい（　　歳で結婚）・□いいえ・□予定あり

・性交渉の経験はありますか？　□はい・□いいえ

・タバコを吸いますか？□いいえ・□はい　お酒は飲みますか？□いいえ・□はい

・今までに妊娠したことはありますか　□いいえ・□はい

妊娠　　回・分娩　　回・流産　　回・中絶　　回

・薬や食品にアレルギーがありましたらお書きください。（　　）

・これまでにかかったことのある病気や治療中の病気、内服中の薬、手術歴があればお書きください。

（　　）