

問 診 表

様式-問診表 NAC201801

年 月 日初診 (記入しないで下さい)

泌尿器科 (生殖医療)
産婦人科 (生殖医療)

カルテNo. (記入しないで下さい)

Natural ART Clinic 日本橋

ふりがな

お名前 生年月日 S/H 年 月 日 年齢 歳

〒 -

☆ (ご住所はマンション名までご記入下さい。)

ご住所

☆当クリニックからご連絡をさせていただくことがあります

自宅 TEL () - 携帯 TEL () - ご職業

ご連絡がつく電話番号はどちらですか 自宅 ・ 携帯

☆Natural ART Clinic 日本橋の説明会に参加されたことはありますか はい・いいえ 参加日: 年 月

「はい」の方 → 参加された説明会の開催地はどちらですか 東京・千葉・埼玉 (大宮)・茨城 (つくば)

☆新橋夢クリニックの説明会に参加されたことはありますか はい・いいえ 参加日: 年 月

☆ご自宅から当クリニックまでの所要時間はどれくらいですか 時間 分

☆過去行った採卵及び移植回数、他施設に現在残っている凍結卵子数をご記入ください

採卵 回 移植 回 現在残っている凍結卵子数 個

☆永遠幸グループに通院されていましたが はい ・ いいえ

新橋夢クリニック・加藤レディースクリニック・新宿 ART クリニック・その他 ()

☆当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか (複数選択可)

1) 他院 (院名:) 2) インターネット 3) 鍼灸・整体・漢方院など (院名:)

I あなたの結婚、妊娠、分娩について

①結婚したのはいつですか S ・ H 年 月

②妊娠したことのある方は次にお答えください

流産・中絶 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)

分娩 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)

II ①現在、月経何日目ですか 年 月 日から 日目

②現在、月経でない場合、最終月経はいつでしたか 年 月 日から 日間

III 基礎体温表は本日お持ちですか はい ・ いいえ

IV 子宮頸癌検査はうけたことがありますか 検査日 H 年 月 結果 ()

V 『血栓症』と言われたことはありますか はい ・ いいえ

VI 現在、喫煙していますか はい ・ いいえ 1日 () 本、箱

VII 今までにかかった病気、または手術を受けたことのある患者様は病名・術名をご記入ください

病名・術名 ()

VIII ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか

いる [遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ()] ・ いない

IX あなたの身長 () cm 血液型 (RH + -) 型

☆ あなたのご主人について

ふりがな

①お名前 生年月日 S/H 年 月 日 年齢 歳

②ご職業 ご主人の携帯 TEL () -

③今までにかかった病気、または手術を受けたことはありますか

病名・術名 ()

ご記入ありがとうございます。



はい いいえ 未検

不妊治療に関して以下の該当する項目にチェックまたはお答えください

- *子供を作るための性交渉はある はい いいえ
- _____年 _____月から
- *不妊治療施設で治療していた はい いいえ
- 施設名① _____年 _____月から
- 施設名② _____年 _____月から
- 施設名③ _____年 _____月から
- *卵管は通っていた はい いいえ 未検
- *精子は正常だった はい いいえ 未検
- *性交後試験（フナー試験）は良好だった はい いいえ 未検
- *人工授精を受けた はい いいえ
- *体外受精を受けた はい いいえ

アレルギーに関して以下の該当する項目をチェックしてください

- *局所麻酔（歯科麻酔）での副作用はあった はい いいえ
- *抗生剤での副作用はあった はい いいえ
- *消毒薬（ヨード系）での副作用はあった はい いいえ
- *ホルモン剤での副作用はあった はい いいえ

現在内服中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください

- *他院処方ホルモン剤を服用している はい いいえ
- *精神科での投薬（眠剤を含む）を服用している はい いいえ
- *他院処方の漢方薬を服用している はい いいえ
- *サプリメントを飲んでいる はい いいえ

既往歴に関して以下の該当する項目をチェックしてください

- 気管支喘息 甲状腺疾患 循環器疾患 消化器疾患
- 糖尿病 肝疾患 うつ病 パニック症候群

現在、妊娠可能な状態である はい いいえ

過去6か月間の月経開始日を左から新しい順でご記入ください

/ / / / / / /

最新
→
 過去