

問 診 表

様式-問診表 NAC201709

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

☆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。

