

問 診 表

※裏面もご記入ください

新橋夢クリニック

様式-問診表②SYC201707

カルテNo. _____ (記入しないでください) _____ 年 _____ 月 _____ 日 初診 (記入しないでください)

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

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)

当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 _____ 日

血栓症と言われたことはありますか? (はい ・ いいえ) 喫煙されていますか? (はい ・ いいえ) (1日 _____ 本)

ご家族の中に何か特別な病気の方はいますか? (はい ・ いいえ) (遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他 _____)

あなたの身長 (_____) cm 血液型 (_____ 型 RH (+ -))

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

	はい	いいえ
局所麻酔 (歯科麻酔) で副作用があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
抗生剤で副作用があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消毒薬 (ヨード系) で副作用があった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
薬剤 (アルコールを含む) 、食物のアレルギーがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラテックス (ゴム製品) アレルギーがあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホルモン剤での副作用はあった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

既往歴に関して、以下の該当する項目にチェックをしてください

気管支ぜんそく 甲状腺疾患 心臓疾患 胃腸疾患 糖尿病 肝臓疾患 うつ病 パニック症候群 緑内障

現在、妊娠可能な状態である (はい ・ いいえ)

あなたのご主人について

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳

携帯TEL (_____) _____ ご職業 _____

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? (はい ・ いいえ) (_____)

その他のご家族で病気、または手術を受けた方がいますか? (はい ・ いいえ) (_____)

問診表

※裏面もご記入ください

新橋夢クリニック

月経周期（最近の開始日から過去6回分の月経開始日を順番に書いてください）

月 日、月 日、月 日、月 日、月 日、月 日

結婚：西暦 年 月、避妊解除：西暦 年 月、断乳：西暦 年 月

※内服中の薬剤（該当するものにチェックしてください：複数可）

カバサル 葉酸 マカ 漢方 その他（ ）

※主訴（該当するものにチェックしてください：複数可）

体外受精希望あり 体外受精希望なし 転院（紹介状あり） 転院（紹介状なし） その他（ ）

不妊検査の結果について

AMH値	左卵管	右卵管	精子検査	ヒューナーテスト	子宮けい癌検査
ng/ml	正常・異常・他	正常・異常・他	正常・異常・他	正常・異常・他	西暦 年 月（結果 ）

不妊治療歴について

日付	施設名	治療方法	回数	内服・注射の内容（複数選択可）
西暦 年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植		クロミット [®] ・フェマーラ [®] ・hMG (rFSH)・hCG・他

妊娠・分娩・流産歴について

日付	施設名	治療方法	結果	週数
西暦 年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	
年 月		タイミング・人工授精・採卵・分割胚移植・胚盤胞移植	化学流産・流産・早産・経膈分娩・帝王切開	

手術・治療等の既往歴

日付	施設名	病名	手術方式および内服中の薬剤
西暦 年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			