

診察券番号: _____

受診日: _____年 _____月 _____日

Sendai ART Clinic: Patient Information (for Female)
 仙台ARTクリニック問診票 (女性用)

We would use the information below for the purposes of medical service and the administration only.

The information would not be provided to any other third parties.

当院では、ご提供頂いた個人情報(個人情報は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます)は、
 したがって患者様の個人情報が外部に漏れることはありません。

■ Name 氏名 _____ ■ Nationality 国籍 _____

■ Date of Birth 生年月日 _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 (_____ Years old 才 _____ months ヶ月)

■ Address 住所 _____ ■ Postal Code 郵便番号 _____

■ Occupation 職業 (Please describe it concretely 具体的に) _____

■ Home Phone 自宅の電話番号 _____ ■ Mobile 携帯電話 _____

■ Email Address メールアドレス _____

*We will contact you when needed / in a case of emergency. Please write them clearly.

*連絡が必要な場合や、緊急時に連絡します。正確にご記入ください。

*Would it be okay to contact you with the name of our clinic? YES はい / NO いいえ

*当院より電話・郵送で連絡する場合は、病院名を告げてもよろしいですか？

■ In which language would you prefer to communicate? どちらの言語での会話を希望されますか？

English 英語 / Japanese 日本語

■ Height 身長 _____ cm / _____ ft _____ in ■ Weight 体重 _____ kg / _____ lb

■ BMI _____ ■ Blood Type 血液型 (_____) 型 Rh (+ -)

*Please leave BMI blank because our staff will calculate the number. BMI はこちらで計算します。

◎ Please check all the applicable ones and put your information in the blank space.

あてはまる箇所に☑をつけ、必要事項をご記入ください

■ History of Menstruation(period) 月経歴

First menstruation 初経 (初めての月経) : _____ years old 才

Last menstruation 最終月経 : (YYYY年/MM月/DD日) (_____ / _____ / _____) and how long? _____ Days 日間持続

Menstrual cycle 月経周期 : Irregular 不順 / Regular 順調

28 days 日 / 30 days 日 / etc その他 _____ days 日 *It continues _____ days 日間持続

Bleeding amount 月経量 : A lot 多量 / moderate amount 中量 / A little 少量

Menstrual pain (cramps) 月経痛 : unbearably strong 我慢できないほど強い / strong やや強い

light 軽度 / none ない

■ Marriage History 結婚歴

Legally married 既婚 / Single 未婚 / Engaged 婚約中 / Common-law marriage 事実婚

Age of your marriage 結婚年齢 : _____ years old 才 Married 結婚 (_____ year 年 _____ month 月)

Divorced 離婚 (_____ year 年 _____ month 月)

Remarried 再婚 (_____ year 年 _____ month 月)

*Please fill the form on the back. There will be six pages altogether. 裏面もご記入ください。合計で6ページあります。

■Contraception Duration 避妊期間: No なし

Yes あり (from _____ year 年 _____ month 月 to から _____ year 年 _____ month 月まで)

Duration of sub-fertility 不妊期間:

(the duration you have been trying to get pregnant 避妊をせず妊娠を希望してからの期間)

from (YYYY年/MM月)(___ / ___) to から(YYYY年/MM月)(___ / ___)までの and total _____ year(s) 年 ___ month(s) カ月

■Pregnancy History 妊娠歴

Have you ever been pregnant before? 妊娠したことはありますか YES はい / NO いいえ

	Year 年 Month 月	Weeks 週数	Process 経過	Gender Birth Weight 性別・出生時 体重	Condition of Miscarriage / Preterm Birth 流産・早産の 状態	Name of the Clinic 病院名
1	Year 年 Month 月	Weeks 週目	<input type="checkbox"/> Delivery (natural/C-section) 分娩(自然・帝王切開) <input type="checkbox"/> Miscarriage 流産 <input type="checkbox"/> Preterm birth 早産 <input type="checkbox"/> Stillbirth 死産 <input type="checkbox"/> Aborted 中絶	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 lb or g	<input type="checkbox"/> Positive result only 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> Confirmed fetal sac 胎嚢が見えた <input type="checkbox"/> Confirmed fetus 胎児が見えた <input type="checkbox"/> Confirmed heart rate 心拍が見えた	
2	Year 年 Month 月	Weeks 週目	<input type="checkbox"/> Delivery (natural/C-section) <input type="checkbox"/> Miscarriage <input type="checkbox"/> Preterm birth <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Aborted	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 lb or g	<input type="checkbox"/> Positive result only <input type="checkbox"/> Confirmed fetal sac <input type="checkbox"/> Confirmed fetus <input type="checkbox"/> Confirmed heart rate	
3	Year 年 Month 月	Weeks 週目	<input type="checkbox"/> Delivery (natural/C-section) <input type="checkbox"/> Miscarriage <input type="checkbox"/> Preterm birth <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Aborted	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 lb or g	<input type="checkbox"/> Positive result only <input type="checkbox"/> Confirmed fetal sac <input type="checkbox"/> Confirmed fetus <input type="checkbox"/> Confirmed heart rate	
4	Year 年 Month 月	Weeks 週目	<input type="checkbox"/> Delivery (natural/C-section) <input type="checkbox"/> Miscarriage <input type="checkbox"/> Preterm birth <input type="checkbox"/> Stillbirth <input type="checkbox"/> Aborted	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 lb or g	<input type="checkbox"/> Positive result only <input type="checkbox"/> Confirmed fetal sac <input type="checkbox"/> Confirmed fetus <input type="checkbox"/> Confirmed heart rate	

◎Questions regarding the treatment in the future 今後の治療に関することをお尋ねします

■Sexual life 性生活 The number of sexual intercourse per month 1カ月の性交回数 (Around 約 _____ Times 回)

■Symptom 自覚症状

Milk comes out from squeezed breast しばるとお乳が出る / Pain in sexual intercourse 性交痛

Shivering of hands 手のふるえ / Drastic increase or decrease of weight 体重の急激な増減

Others その他 (_____)

■ Please tell us which fertility treatment have you had before? 今まで受けた不妊検査についてお答えください

No ない / Yes ある (Name of the clinic 施設名 : _____)

- ① Basal body temperature 基礎体温 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ② Hysterosalpingography (HSG) 子宮卵管造影 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ③ Pertubation/Hydrotubation 卵管通気・通水 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ④ Hormone test ホルモン検査 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ⑤ Huehner test フーナーテスト Normal 正常 / Abnormal 異常
- ⑥ Hysteroscopy 子宮鏡検査 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ⑦ Laparoscopy 腹腔鏡検査 Normal 正常 / Abnormal 異常
- ⑧ Semen Analysis 精液検査 Normal 正常 / Abnormal 異常

■ Please tell us which infertility treatment have you received? 今まで受けた不妊治療についてお答えください

No ない / Yes ある (Name of the clinic 施設名 : _____)

- ① Timing method タイミング法 (_____ times 回)
- ② Hormone treatment ホルモン療法 (Clomiphene クロミフェン _____ times 回 / HMG _____ times 回)
Other medicine 他の薬物: _____)
- ③ Intra-Uterine Insemination (IUI) 人工授精 (natural cycle 自然周期 _____ times 回)
Hormone replacement cycle ホルモン補充周期 _____ times 回)

④ Please describe the history of your treatment in the separate sheet if you have received IVF or ICSI before.

体外受精・顕微授精の治療を受けたことがある方は、別紙の「ART治療歴」をご記入願います

⑤ Others その他 (_____)

■ What treatment are you expecting at our clinic? 当院で希望する治療は何ですか

- Timing method タイミング / IUI 人工授精 / IVF 体外受精 / ICSI 顕微授精
- stimulation on follicles for ovulation disorder 排卵障害に対する卵巣刺激
- Others その他 (_____)

■ How do you deal with stress? あなたは、ストレスを感じた時、どのように対処していますか

■ Please describe your previous fertility treatment and any expectation from our clinic.

これまでの治療内容や当院に対するご要望があれば、ご記入ください

Space for medical staff クリニック記入欄です

マザーリーフクラス : _____ 年 _____ 月 _____ 日 受講

体外受精セミナー : _____ 年 _____ 月 _____ 日 受講 ・ ご案内

BBT

■Have you received the tests below within a year? 1年以内に下記の検査を受けていますか

①Uterus cancer screening (cervical / corpus) 子宮がん (頸部・体部)

No 受けていない / Yes 受けた

(no abnormality found 異常なし / abnormality found 異常あり)

Please describe the treatment you have received for the abnormality if any.

異常ありの方、治療内容を記入してください ()

②Chlamydial disease inspection クラミジア検査

No 受けていない

Yes 受けた no abnormality found 異常なし

abnormality found 異常あり

Have you and your spouse had a treatment for the abnormality? 異常ありの方、夫婦で治療

Yes 治療済 / No 未治療

■Do you have an allergy? アレルギーはありますか No ない / Yes ある ()

■Do you have asthma? 喘息はありますか No ない / Yes ある ()

■Are you taking any medication now? 現在内服している薬はありますか
 No ない / Yes ある Name or kinds of the medicine 薬品名または薬の種類 ()

■Have you had a blood transfusion before? 輸血したことはありますか
 No ない / Yes ある (____ year 年 ____ month 月 Reason 理由 :)

■Do you drink alcohol? お酒は飲みますか
 No ない / Yes ある (everyday 毎日 ____ ml/day 日
 Occasionally 時々 beer ビール / sake 日本酒 / wine ワイン / distilled spirit 焼酎)

■Do you smoke cigarettes? 喫煙の習慣はありますか
 No ない / Yes ある (1日 ____ /day 本), When did you start smoking? 喫煙開始年齢 ____ years old 才から

■Please let us know the diseases and surgery you have gone through if any?

今までかかった「病氣」「手術」についてお答えください

(YYYY年 / MM月)	Name of the Disease 病名	Operation/Hospitalization 手術・入院	Name of the Hospital 病院名
/			
/			
/			

■Have you had any diseases below other than the ones in the previous page?

上記以外に、下記のような病気をしたことはありませんか

No ない / Yes ある

- Cancer がん / Tuberculosis 結核 / Cardiac disorder 心疾患 / Diabetes 糖尿病
- High-blood pressure 高血圧 / Kidney disorder 腎臓病 / Hepatic (Liver) disorder 肝臓病
- Thyroid disorder 甲状腺疾患 / Epilepsy/Seizure てんかん / Psychiatric disorder 精神疾患
- Rheumatic disorder リウマチ / Others その他 ()

■Have you been diagnosed that you had infections such as Hepatitis B, Hepatitis C, syphilis, HIV (AIDS), gonorrhea?

B型肝炎・C型肝炎、梅毒、HIV (エイズ)、淋病などの感染症と診断されたことはありますか

No ない / Yes ある ()

■Do you have any family members who have genetic diseases which can be a cause of infertility?

血縁者の中に不妊の原因となる、遺伝的な病気のある方はいらっしゃいますか

No いない / Yes いる ()

■Do you have any family members who have the diseases below?

血縁者の中に下記のような病気のある方はいらっしゃいますか

- High-blood pressure 高血圧 Diabetes 糖尿病 Cancer がん (_____)
- Others その他 ()

■Are there any medical procedures such as blood transfusion, fluid administration, medication, etc which you have to deny for your personal reasons?

当院の医療行為の一部(輸血・輸液・薬など)を、宗教上またはその他の理由により拒否しますか

- No いいえ
- Yes はい (Reason 理由: _____)

*Please notify us if you changed your mind.

*上記についての考えが変わった場合は、いつでも申し出て下さい

ART (Assisted Reproductive Technology) Treatment History ART治療歴

■if you have received any fertility treatment before, please describe them in the boxes below.

これまで、他院でARTの治療を受けたことのある方は、下の表にご記入ください

Date ART実施年月日 (YYYY/MM/DD) (年/月/日)	Treatment ART内容	Method to Stimulate Follicle らんそうしげきほう 卵巣刺激法	Number of Embryo Collected しだ ひょう 採卵数	Number of Fertilization Succeeded じゅせいすう 受精数	Number of Embryo Frozen とうけつすう 凍結数	Number of Embryo Transferred ほいせいすう 胚移植数	Results けっか 結果	Name of the Facility しせつめい 施設名
1	<input type="checkbox"/> ① IVF たいがいじゅせい 体外受精 <input type="checkbox"/> ② ICSI けんびじゅせい 顕微受精 <input type="checkbox"/> ③ Frozen embryo transfer とうけつはいいしょく 凍結胚移植						<input type="checkbox"/> ① Pregnant にんしん 妊娠 <input type="checkbox"/> ② Delivered しゅつさん 出産 <input type="checkbox"/> ③ Miscarriage りゅうざん 流産 ()wks 週 <input type="checkbox"/> ④ Not conceived にんしん 妊娠せず	
2	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
3	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
4	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
5	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
6	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
7	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
8	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
9	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	
10	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③						<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ ()wks <input type="checkbox"/> ④	