

| Sendai ART Clinic Patient Information (For Female) | |
|---|---|
| 仙台 ART クリニック問診票 (女性用) | |
| Fields marked with * are mandatory. | |
| Basic Information 基本情報 | Patient's personal information and consultation details will be managed appropriately in accordance with the clinic's <i>Guidelines of the Provision of Patient Information</i> . Please answer the following basic information and questions. 患者さまの個人情報や相談内容等は、当院の「患者情報の提供等に関する指針」に基づき適切に管理させていただきます。下記の基本情報および問診票についてお答えください。 |
| | *Stated on 記載日 _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 *Patient ID 診察券番号 _____ |
| | *Name 氏名 _____ *Nationality 国籍 _____ |
| | *Date of Birth 生年月日 _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 |
| | *Occupation(specifically) 職業 (具体的に) |
| | *Postal Code 郵便番号 |
| | *Adress 住所 |
| | *Mobile # 携帯 _____ Home Phone # 自宅 _____ |
| | ※If we contact you by phone or mail, may we mention the name of the clinic? 当院より電話・郵送で連絡する場合、病院名を告げてよろしいですか * <input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ |
| | *Email Adress メールアドレス |
| | *Height 身長 _____ cm/ *Weight 体重 _____ kg |
| | *Blood Type 血液型 _____ Rh + / - |
| | Part 1 |
| *Smoking 喫煙歴: <input type="radio"/> Never ない <input type="radio"/> In The Past 過去にあり <input type="radio"/> Yes あり (_____ pc(s)/day 本/日, Since _____ years old 喫煙開始年齢) | |
| *Drinking 飲酒: <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり (Type of alcohol: _____ を:qty: _____ ml 程度 <input type="radio"/> Everyday 毎日 <input type="radio"/> Occasionally 時々) | |
| Part 2 | Marriage Status 結婚歴について |
| | *Do you have a partner? パートナー <input type="radio"/> Yes あり <input type="radio"/> No なし |
| | <input type="radio"/> Legally Married 既婚: Registered Date 婚姻届け提出日 _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日, Age of Marriage 結婚時の年齢 _____ Years Old |
| | <input type="radio"/> Common-law Marriage 事実婚: Since いつ頃から _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日, Living together 同棲 (<input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり) |
| | <input type="radio"/> Single 未婚 |

| | |
|--------|--|
| Part 3 | <div>Divorce History 離婚歴について</div> <div>*Do you have any divorce history? 離婚歴 <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Yes あり</div> |
| Part 4 | <div>*Do you wish to have a child at this moment? 現時点でお子様を希望されていますか</div> <div><input type="radio"/>Yes はい <input type="radio"/>No いいえ</div> |
| Part 5 | <div>Pregnancy History 妊娠歴について</div> <div>* Have you ever been pregnant before? 妊娠したことはありますか <input type="radio"/>No なし <input type="radio"/>Yes あり (How many times? _____ 回)</div> <div>Pregnancy and delivery history 妊娠・分娩歴 _____Year _____Month _____Day Name of the clinic 病院名: _____</div> <div><input type="radio"/>Natural conception 自然妊娠 <input type="radio"/>Timing Method タイミング法 <input type="radio"/>Hormonal Treatment ホルモン療法 <input type="radio"/>IUI <input type="radio"/>IVF <input type="radio"/>ICSI <input type="radio"/>Others その他 _____</div> <div><input type="radio"/>Delivered 分娩: <input type="radio"/>Natural delivery 自然分娩 <input type="radio"/>Caesarean section 帝王切開 <ul style="list-style-type: none"> • Date of delivery 分娩日: _____年 Year _____Month _____Day • Delivered at 分娩週数: _____weeks _____days • Birth weight 出生体重: _____g • Gender 性別: <input type="radio"/>Boy 男 <input type="radio"/>Girl 女 </div> <div><input type="radio"/>Miscarriage: _____Year _____Month _____Day (Gestation: _____weeks) (<input type="radio"/>Gestational sac only <input type="radio"/>Sac + embryo <input type="radio"/>Heartbeat confirmed)</div> <div><input type="radio"/>Ectopic Pregnancy (Gestation: _____weeks) (<input type="radio"/>Right <input type="radio"/>Left Surgery: <input type="radio"/>Yes <input type="radio"/>No)</div> <div><input type="radio"/>Abortion (Gestation: _____weeks)</div> <div><input type="radio"/>Hydatidiform mole</div> <div><input type="radio"/>Stillbirth (Gestation: _____weeks)</div> |
| Part 6 | <div>Medical History 既往歴について</div> <div>*Have you ever had any diseases listed below? 今までにかかった病気はありますか <input type="radio"/>Yes はい <input type="radio"/>No いいえ</div> <div><input type="checkbox"/>Cancer がん Diagnosis 病名: Clinic/hospital 病院名: <input type="radio"/>Recovered 治癒 <input type="radio"/>Under treatment 治療中 <input type="radio"/>Observation 経過観察 Age _____歳</div> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiac disease 心疾患 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Thyroid gland 甲状腺 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy てんかん | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric disorder 精神疾患 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Immune deficiency 自己免疫性疾患 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> Asthma 喘息 | Diagnosis 病名: | | |
| | Clinic/hospital 病院名: | | |
| <input type="radio"/> Recovered 治癒 | <input type="radio"/> Under treatment 治療中 | <input type="radio"/> Observation 経過観察 | |
| Age _____ 歳 | | | |

