

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	<p>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>.</p> <p>Please answer the following basic information and questions.</p> <p>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。</p>	
	*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	
	*Address 住所	
	*Mobile # 携帯 _____ Home Phone # 自宅 _____	
<p>※If we contact you by phone or mail, may we mention the name of the clinic?</p> <p>当院より電話・郵送で連絡する場合、病院名を告げてもよろしいですか <input checked="" type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ</p>		
*Email Address メールアドレス		
*Height 身長 _____ cm / *Weight 体重 _____ kg		
*Blood Type 血液型 _____ Rh + / -		
Part 1	Lifestyle Habits 生活習慣について	
	<p>*Smoking 喫煙歴: <input checked="" type="radio"/> Never ない <input type="radio"/> In The Past 過去にあり</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes あり (_____ pc(s)/day 本/日, Since _____ years old 喫煙開始年齢)</p>	
	<p>*Drinking 飲酒: <input checked="" type="radio"/> No なし <input checked="" type="radio"/> Yes あり</p> <p>(Type of alcohol: _____ を:qty: _____ ml 程度 <input checked="" type="radio"/> Everyday 毎日 <input type="radio"/> Occasionally 時々)</p>	
Part 2	Marriage Status 結婚歴について	
	<p>*Do you have a partner? パートナー <input checked="" type="radio"/> Yes あり <input checked="" type="radio"/> No なし</p>	
	OLegally 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	
	OCommon-law Marriage 事実婚:	
	Since いつ頃から _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日,	
	Living together 同棲 (<input checked="" type="radio"/> No なし <input checked="" type="radio"/> Yes あり)	
OSingle 未婚		

Part 3	Divorce History 離婚歴について
	*Do you have any divorce history? 離婚歴 <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 4	*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 <input type="radio"/> Yes はい <input type="radio"/> No いいえ
Part 5	Pregnancy History 妊娠歴について
	* 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)
	Pregnancy and delivery history 妊娠・分娩歴 _____ Year _____ Month _____ Day Name of the clinic 病院名: _____
	<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 _____
	<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 _____ 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
	<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)
	<input type="radio"/> Ectopic Pregnancy (Gestation: _____ weeks) (<input type="radio"/> Right <input type="radio"/> Left Surgery: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No)
	<input type="radio"/> Abortion (Gestation: _____ weeks)
	<input type="radio"/> Hydatidiform mole
	<input type="radio"/> Stillbirth (Gestation: _____ weeks)
Part 6	Medical History 既往歴について
<p>*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</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer がん Diagnosis 痘名: Clinic/hospital 痘院名: <input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察 Age _____ 歳</p>	

<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 _____ 歲			
<input type="checkbox"/> High blood pressure 高血压			
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 _____ 歲			
<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 _____ 歲			
<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 _____ 歲			
<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 _____ 歲			
<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 _____ 歲			
<input type="checkbox"/> Asthma 哮息			
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 _____ 歲			

	<p><input type="checkbox"/> Hepatitis B B型肝炎</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C C型肝炎</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia クラミジア</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis 梅毒</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> Gonorrhea 淋病</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p> <p><input type="checkbox"/> Have you ever had a blood transfusion before? 輸血をしたことがありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり</p> <p><input type="checkbox"/> Others その他 (入院/手術)</p> <p>Diagnosis 病名:</p> <p>Clinic/hospital 病院名:</p> <p><input type="radio"/> Recovered 治癒 <input type="radio"/> Under treatment 治療中 <input type="radio"/> Observation 経過観察</p> <p>Age _____ 歳</p>
Part 7	Allergy アレルギーについて
	<p>* Do you have any allergies? アレルギーはありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり</p> <p><input type="radio"/> Antibiotics 抗生剤 Name of Medication 名 : _____ <input type="radio"/> Contrast agent 造影剤</p> <p><input type="radio"/> Iodine ヨウ素 (イソジン等) <input type="radio"/> Sunflower oil ヒマワリ油</p> <p><input type="radio"/> Soy beans 大豆 <input type="radio"/> Latex ラテックス</p>

