

診察券番号: _____

記載日

年 月 日

仙台 ART クリニック 治療再開問診票

当院では、ご提供頂いた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。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。

氏名 _____ 生年月日 西暦 年 月 日 (才 ヶ月)

ご住所 : 〒 _____

職業 (具体的にご記入ください): _____

連絡先 : TEL (自宅) _____ (携帯) _____

メールアドレス: _____

* 連絡が必要な場合に使用します。正確にご記入ください。

* 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 (はい いいえ)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

月経歴

最終月経 : 西暦 年 月 日より 日間持続

月経周期 : 不順 ・ 順 28日 ・ 30日 ・ その他 _____ 日で _____ 日間

当院で希望する治療は何ですか

タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精 (採卵 ・ 凍結胚移植)

当院で治療をおやすみしている間に、他院で検査や治療を受けましたか

- ・ いいえ
- ・ はい タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精 (採卵 ・ 新鮮胚移植 ・ 凍結胚移植)

検査

アレルギーはありますか

- ・ ない
- ・ ある (_____)

喘息はありますか

- ・ ない
- ・ ある (_____)

現在内服している薬はありますか

- ・ ない
- ・ ある (薬品名 ・ 薬の種類 _____)

輸血したことはありますか

- ・ ない
- ・ ある (年 月 理由 _____)

お酒は飲みますか

- ・ いいえ
- ・ はい 毎日 ビール ・ 日本酒 ・ ワイン ・ 焼酎 ・ ml 位
- 時々 ビール ・ 日本酒 ・ ワイン ・ 焼酎 ・ ml/日

