

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.*の項目は必須です

Basic Information	The patient's personal information and consultation details will be managed appropriately in accordance with the clinic's Guidelines on the Provision of Patient Information. 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
	*Address 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 Address メールアドレス
	*Height 身長 _____ cm / _____ ft _____ in *Weight 体重 _____ kg / _____ lb
	*Blood Type 血液型 _____ Rh + / -
Part 1	Lifestyle habits 生活習慣について
	*Smoking 喫煙歴: <input type="radio"/> None 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, Your age of 結婚時の年齢 _____ y.o.
	<input type="radio"/> Common-law marriage 事実婚: Since いつ頃から _____ Year 年 _____ Month 月 _____ Day 日 Living together (<input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり) <input type="radio"/> Single 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"/> None なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 6	Medical History 既往歴について *Have you 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 <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_____
	<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:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Immune deficiency 自己免疫性疾患

Diagnosis 病名:

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Asthma 喘息

Diagnosis 病名:

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Hepatitis B B型肝炎

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Hepatitis C C型肝炎

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Chlamydia クラミジア

Diagnosis 病名:

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Syphilis 梅毒

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

HIV

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Gonorrhoea 淋病

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Have you had a blood transfusion before?輸血をしたことがありますか No なし Yes あり

Others その他 (hospitalization 入院/surgery 手術)

Diagnosis 病名:

Clinic/Hospital 病院名:

Recovered 治癒 Under treatment 治療中 Observation 経過観察
Age 歳_____

Part 7	Allergy アレルギーについて
	*Do you have any allergy?アレルギーはありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 8	On going medical treatment 現在治療中の病気について
	*Do you have any disease currently under treatment? 現在治療中の病気はありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 9	Menstruation/subjective symptoms 月経・身体的自覚症状について
	*Menstrual cycle 月経周期 <input type="radio"/> Regular 順調 <input type="radio"/> Irregular 不順 ____ days cycle ____日型
	*Menstrual pain (cramps) 月経痛 <input type="radio"/> None 無 <input type="radio"/> Light 弱い <input type="radio"/> Strong 強い <input type="radio"/> Very strong 非常に強い Location 部位: Medicine 内服薬:
	*Subjective symptom 身体的自覚症状 <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
	*The number of sexual intercourse per month 夫婦生活 (around ____ times)回/月
Part 10	Have you taken the tests below within a year? 1年以内に下記の検査を受けていますか
	*Cervical cancer test 子宮頸部がん検診 <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
	*Uterine corpus cancer test 子宮体部がん検診 <input type="radio"/> No いいえ <input type="radio"/> Yes はい
	*Chlamydia disease test クラミジア検査 <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
	*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、遺伝的な病気の方はいますか <input type="radio"/> No いない <input type="radio"/> Yes いる
*Do you have any family members who have the diseases below? 血縁者の中に下記の病気の方はいますか <input type="radio"/> No いない <input type="radio"/> Yes いる <input type="checkbox"/> cancer がん <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> high-blood pressure 高血圧 <input type="checkbox"/> others その他	
Part 11	*Have you received any test related to fertility treatment at other medical facility before? 他院で不妊検査を受けたことはありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 12	*Have you received any fertility at other medical facility before? 他院で不妊治療を受けたことはありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 13	*What treatment are you expecting at our clinic? (multiple answers allowed) 当院で希望する治療（複数回答可） <input type="checkbox"/> preconception test プレコンセプション検査 <input type="checkbox"/> timing method タイミング治療 <input type="checkbox"/> IUI 人工授精 <input type="checkbox"/> IVF/ICSI 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> frozen embryo transfer 凍結胚移植 <input type="checkbox"/> others, please specify その他具体的に
Part 14	*Are there any medical procedures which you must deny for your personal reasons such as religion? 宗教上などの理由により、受けられない医療行為はありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり
Part 15	*Have you ever felt unwell after receiving blood drawing, injection, or other tests? 採血、注射、検査などで気分が悪くなったことはありますか <input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり

Part 16	<p>*Is there anything you wish to inform our doctors? 当院医師に伝えたいことはありますか</p> <p><input type="radio"/> No なし <input type="radio"/> Yes あり</p>
---------	---