

診療録

初診日 20 年 月 日

ID	<input type="text"/>	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性	
フリガナ	<input type="text"/>	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
漢字氏名	<input type="text"/>			
自宅 〒	<input type="text"/>			
フリガナ	<input type="text"/>			
自宅住所	都 道 府 県			
	郵送時にクリニック名を記載してもかまわない <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 白封筒・個人名にて郵送可			
	電話連絡時にクリニック名を名乗ってもかまわない <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 個人名にて連絡希望			
携帯TEL	<input type="text"/>	連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
自宅TEL	<input type="text"/>	連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	留守電 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
自宅FAX	<input type="text"/>	連絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
e-mail	<input type="text"/>			
職業	<input type="text"/>	勤務先名	<input type="text"/>	
勤務先 〒	<input type="text"/>	勤務先 Tel	<input type="text"/>	
フリガナ	<input type="text"/>			
勤務先住所	都 道 府 県			
日中連絡先TEL	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他	<input type="text"/>			

<配偶者様(保護者様)情報>

ID	<input type="text"/>	配偶者様続柄	<input type="checkbox"/> 夫・妻	<input type="checkbox"/> 入籍済
フリガナ	<input type="text"/>	保護者様続柄	<input type="checkbox"/> 父・母	<input type="checkbox"/> 入籍未(事実婚)
漢字氏名	<input type="text"/>	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
自宅 〒	<input type="text"/>	上記住所と異なる場合ご記入ください		
フリガナ	<input type="text"/>			
自宅住所	都 道 府 県			
勤務先名	<input type="text"/>	職業	<input type="text"/>	

予 診 票

奥様用 2

ID _____

奥様氏名()	身長(cm)	体重(kg)
a タバコを吸われますか？	吸わない ・ 吸う(本/日)	
b お酒を飲まれますか？	毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない ・ 飲めない	
c 当クリニックまでの通院時間は？	交通機関() 約 時間 分	
d 職業をもっていますか？	あり ・ なし *ありの場合は、できれば勤務時間や職種を簡単に 時～ 時(常勤 ・ パート ・ アルバイト) ()	
e 同居している家族に、治療をしていることを、 内緒にしていますか？	はい(誰) ・ いいえ	
f 当クリニックからお伝えしたい事がある場合、自 宅や携帯に電話させていただく場合がありますが よろしいでしょうか？(留守番電話でも)	はい(下記にも○をお付けください) ・ いいえ ・ 『立川ARTレディースクリニック』と名乗ってもよい ・ スタッフの個人名で名乗るなら良い ・ 自宅の留守番電話は困る	
g 今までに他院で不妊治療を受けたことがあり ますか？ *はいとお答えにらなれた方へ 当クリニックへの転院のきっかけは何ですか？簡 単で結構です	はい ・ いいえ ()	
h 当クリニックへの希望はありますか？ * いくつでも結構です	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆっくりしたペースで治療したい ・ 早いペースで治療したい ・ 治療と仕事を両立したい ・ できるだけ検査をしたい ・ 最小限の検査をしたい ・ 精神面でのフォローも希望 ・ 最終施設と考えているので、最先端治療も含め納 得のいく治療を受けたい ・ その他() 	
i ご主人様は治療についてどのようにお考えで しょうか？	協力的 ・ 非協力的 ・ どちらでもない 何かありましたらお書きください ()	
j どうしてこのクリニックを知りましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医の先生からの紹介 ・ 友人 ・ 広告 ・ インターネット ・ その他() 	

予診票

奥様用3

ID

奥様氏名

チェック 済・未

1 a これまでに下記のような病気や異常などありましたか？

癌・結核・糖尿病・高血圧・腎臓病・心臓病・B型肝炎・C型肝炎・甲状腺機能亢進症
子宮内膜症・子宮筋腫・子宮奇形・不整脈・その他(

b いつ頃かかりましたか？ ()

2 手術や大きな病気(入院など)について

チェック 済・未

a 手術や大きな病気・入院などありましたらお書き下さい。

年 月	病 名	手 術・入 院	病 院 名

b 輸血をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

3 個人歴について

- a 結婚 (令和・平成 年 月)
 b 離婚 (令和・平成 年 月)
 c 再婚 (令和・平成 年 月)
 d 同棲 (令和・平成 年 月)
 e 未婚

4 今までの妊娠歴

	年 月	週 数	経 過	性 別 出生時体重	流産・早産の状態	病 院 名 妊娠時合併症等 (妊娠高血圧etc..)
1	令和 平成 年 月	週 (ヶ月)	1分娩(経膈・帝切) 2早産 3流産 4死産 5中絶	男 女 g	妊娠反応のみ 胎囊が見えた 胎児が見えた 心拍が見えた	児の異常 無 有
2	令和 平成 年 月	週 (ヶ月)	1分娩(経膈・帝切) 2早産 3流産 4死産 5中絶	男 女 g	妊娠反応のみ 胎囊が見えた 胎児が見えた 心拍が見えた	児の異常 無 有
3	令和 平成 年 月	週 (ヶ月)	1分娩(経膈・帝切) 2早産 3流産 4死産 5中絶	男 女 g	妊娠反応のみ 胎囊が見えた 胎児が見えた 心拍が見えた	児の異常 無 有
4	令和 平成 年 月	週 (ヶ月)	1分娩(経膈・帝切) 2早産 3流産 4死産 5中絶	男 女 g	妊娠反応のみ 胎囊が見えた 胎児が見えた 心拍が見えた	児の異常 無 有
5	令和 平成 年 月	週 (ヶ月)	1分娩(経膈・帝切) 2早産 3流産 4死産 5中絶	男 女 g	妊娠反応のみ 胎囊が見えた 胎児が見えた 心拍が見えた	児の異常 無 有

最終月経開始日

月経周期

月経期間

基礎体温表

不妊歴

R 年 月 日

日

日間

有・無

年

