

問 診 表

※裏面もご記入ください

新橋夢クリニック

様式-問診表②SYC201707-2

カルテNo. (※記入しないでください)

年 月 日 初診 (※記入しないでください)

ふりがな

お名前 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 年齢 歳

ご住所 (〒 -)

※当クリニックからご連絡をさせていただくことがあります

自宅 TEL () - 携帯 TEL () - ご職業

※ご連絡がつく電話番号はどちらですか? (自宅 ・ 携帯) メールアドレス: @

- ・当クリニックの説明会に参加されたことはありますか? (はい ・ いいえ) 参加日: 月 日
- ・Natural ART Clinic 日本橋に受診されたことはありますか? (はい ・ いいえ)
- ・現在、他院に凍結保存されている胚・卵子・精子はありますか? (はい ・ いいえ) (凍結胚 ・ 凍結卵子 ・ 凍結精子)
- ・喫煙されていますか? (はい ・ いいえ) (1日 本)
- ・あなたの身長 () cm ・体重 () kg ・血液型 () 型 RH (+ -)

・アレルギーや副作用の有無に関して、以下の該当する項目にチェックをしてください

局所麻酔 抗生剤 アルコール消毒 ラテックス (ゴム製品) 食物 その他の薬剤 ()

・既往歴に関して、以下の該当する項目にチェックをしてください

喘息 甲状腺疾患 心臓疾患 胃腸疾患 糖尿病 肝臓疾患 心療内科疾患 緑内障 高血圧 血栓症 その他

・現在、妊娠可能な状態である (はい ・ いいえ)

・あなたのご主人について

ふりがな

お名前 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 年齢 歳

携帯 TEL () - ご職業

今までにかかった病気、または手術を受けたことはありますか? (はい ・ いいえ) ()

