

问诊票

初诊年月日	年 月 日	YSYC 填写 栏	d		受付	
拼音			am pm	:		
姓名			NO		入力	
出生年月	年 月 日 (岁)					
联系地址	(〒 -)					
※如果本院有需要邮寄的物品, 可以寄往这个地址吗? (可以 / 不可以)						
联系电话	·请在【 】中用 1 和 2 标出电话联系的优先顺序 【 】固定电话 - - 【 】手机 - -					
※请填写本院方便联系您的时间段 (点左右)						
电子邮箱	(@) 如上述地址无法邮寄, 我们会按照本人的意愿通过电子邮件联系					
身高 ()cm 体重 ()kg 血型 (型 RH + -)						

1, 请写出选择本院就诊的理由, 如对治疗有任何要求也可填写

2, 月经史

月经初潮时间 初潮 (岁) / 月经周期天数 月经周期 (天)

最后一次月经时间 最終月經 (月 日 ~ 月 日, 天)

3, 结婚时间 結婚時期 (年 月)

4, 已经备孕多长时间 备孕希望期間 (年 个月)

5, 是否有过妊娠 妊娠經驗 (有 / 无)

如有过妊娠经历的请填写

分娩 ()次 (年 月) 自然流产 ()次 (年 月)

人工流产 ()次 (年 月)

6, 是否接受过不孕治疗 不孕治療經驗 (有 / 无)

推测排卵期法 タイミング ()回 人工授精 ()回 体外受精 ()回

7, 是否有药物和局部麻醉过敏史 薬・局所麻酔でのアレルギー (有 / 无)

[]

8, 是否曾被诊断为“容易形成血栓”或“容易出血” 血栓・出血 (有 / 无)

9, 是否患有慢性疾病或做过手术, 如果有请具体写明

[]

10, 有血缘关系的家属中, 若患有以下疾病, 请明确写出与本人的关系

	遗传病	糖尿病	高血压
与本人的关系 続柄			

11, 请填写有关您丈夫的情况 ご主人情報

拼音			
姓名			
出生年月	年	月	日 (岁)
联系电话	手机	—	—

.....

• 您是如何知道山下湘南梦诊疗所的, 请在下列选项中做出选择(复数可)

- 1, 前一个医院的医务人员介绍 2, 朋友介绍 3, 杂志 4, 网上 5, 车站广告

如果是前一个医院介绍的请填写医院名字()

谢谢您的配合

YSYC 医療法人 焔の会

山下湘南夢クリニック

