

## 综合问诊表



片假名或英文拼写 (护照上记载的)	TEL ( ) —	身高	cm	体重	kg
	手机 ( ) —	血型 ( )	Rh ( )		
姓名	地址 〒				
国籍	出生年月	公历	年	月	日
	年龄	岁 歲			
	登记号码 (持有的患者请填写)	职业 職業			

- ・本院遵照个人信息保护法严格管理患者的个人信息，尽力做到尊重并保护患者隐私。  
 ・因治疗等需要有时会利用患者提供的电话号码和患者联系，敬请谅解。

请回答以下问题。

1) 迄今为止您在 Oak 住吉妇产科医院、Oak 难波女性诊所、Oak 梅田女性诊所、Oak 银座女性诊所就过诊吗？  
 (以上四所医院系同一法人，不能同时接受治疗) オーク会の他のクリニックを受診されたことはありますか？(保険診療での同時通院が不可) 【有 はい・无 いいえ】

2) 请告知今天来本院的理由。(可以多选) 本日来院された理由。(複数可)

- 想要孩子 こどもがほしい
- 希望接受体外受精 (包括显微授精、TESE) 体外受精希望 (顕微授精・TESE 含む)
- 希望接受一般的不孕治疗 一般不妊治療希望 【 受孕时机指导 タイミング指導  人工授精】
- 希望选择新生儿的性别 産み分け希望 【 体外受精  人工授精  受孕时机 タイミング  磷酸钙 リンカル  啞哩 セリー】
- 希望接受不育症检查 不育症検査希望
- 希望接受反复着床不全检查 反復着床不全検査希望 【 IFCE  ERA】
- 如有其他要求请写下来 他のご希望 ( )
- ※参加过本院的体外受精讲座 体外受精セミナー受講 → \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月
- 希望冷冻保存卵子 卵子凍結希望 (参加过本院的卵子冷冻保存讲座 卵子凍結セミナー受講 → \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月)
- 希望接受 AMH 检查 (卵巢年龄检查) AMH検査 (卵巢年齢検査) 希望
- 希望减肥 ダイエット希望
- 妇科 婦人科
- 其他 その他 (请简单填写。ご記入ください。)

3) 关于您的月经情况 あなたの月経について

最近一次月经 从 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日开始，持续了 \_\_\_\_\_天 最近の月経 年 月 日より 日間

月经初潮 初経：( ) 岁 歳 ・ 闭经 閉経：( ) 岁 歳

月经周期 月経周期は？： 25-38 天 (大概 \_\_\_\_\_天) 25-28日( 日周期)

少于 24 天 24日より短い  多于 39 天 39日以上  3 个月以上 3か月以上

月经期间的症状 月経時の症状は？： 量相当大 量がかなり多い  量很少 量がかなり少ない  严重痛经 月経痛が強い

月经期间服用止痛药 月経時鎮痛剤使用 (药名 薬名： )

4) 有无性经验 性交の経験は？【有 ある・无 なし → 阴道超声波的使用 経膈超音波 (可以できる・不行できない・不知道わからない)】

5) 过敏经历 アレルギーの既往 【无 なし・有 ある → 请回答以下问题】

药物 薬  食物 食物  酒精 アルコール  乳胶 ラテックスゴム  麻醉药 麻酔薬

(造成过敏的物质 原因物質： )

(症状： )

6) 病史 既往歴 ( \_\_\_\_\_岁 歳 病名：\_\_\_\_\_ → 正在服用的药名 \_\_\_\_\_ 現在使用薬名 現在完治 已经完全康复)

7) 手术 手術歴 ( \_\_\_\_\_岁 歳 病名：\_\_\_\_\_ → 手术名 手術名 \_\_\_\_\_)

8) 亲属病史 家族歴 亲属中有无得(过)特别的病的人 家族の中にか特別な病気の人がいますか？

【无 いない・有 いる (遗传病 遺伝病・糖尿病・癌症 がん・其他 その他)】

9) 婚史 結婚歴  \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_岁 結婚到 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_歳で結婚 现在【同住 同居・分居 別居】

交往中 交際中  离婚 離婚・死別

10) 妊娠、分娩 妊娠・分娩歴 妊娠 ( ) 次 回 分娩 ( ) 次 回 ●您现在是哺乳期吗？授乳中ですか？【有 はい・无 いいえ】

年月	周数	体重	性别	阴道分娩 経膈分娩	剖腹产 帝王切開	流产 流産	人流 中絶
公历 年 月	周	g	男・女				
公历 年 月	周	g	男・女				
公历 年 月	周	g	男・女				