

茅場町女性鍼灸院 妊活コース 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		身長： cm	職	
氏名		体重： kg	業	
生年月日	昭・平 年 月 日生（ 歳）	未婚・既婚		
住所	〒			
	メールアドレス @			
	電話（ ） -	携帯（ ） -		
来院動機	ホームページを見て・雑誌を見て・鍼灸院の看板を見て・リーフレットを見て			
	知人・家族の紹介（紹介者： ）			

月経についてお伺いします。

- ・初めての月経は何歳の時ですか？ [歳]
- ・最終月経はいつですか？ [/ ~ / まで]
- ・月経周期 [約 日間 ・ 規則的 ・ 不規則]
- ・出血期間は何日間ありますか？ [日間]
- ・月経量の傾向は？ [多い ・ 普通 ・ 減少]
- ・基礎体温の変化は [正常 ・ 低体温 ・ 高温期が短い ・ 二相性が不明確]
- ・生理痛（腹痛・腰痛）は？ [なし ・ ややあり ・ 時々服薬する ・ 毎服薬する]
- ・今までの妊娠経験について伺います。（ 妊娠 回 / 分娩 回 ）
- ・中絶（人工流産）の経験がありますか？ （ ない ・ ある ）
- ・今までに大きな病気や手術をした事がありますか？ （ ない ・ ある _____ ）

現在の状況について当てはまるものに○を付けて下さい。

【女性】 月経不順 不正出血 月経量が気になる おりものが気になる
 高プロラクチン血症 多のう胞性卵巣症候群（PCOS） 甲状腺機能(低下・亢進)
 クラミジア感染症 卵管閉塞 早発閉経 子宮奇形 子宮筋腫 子宮内膜症
 卵巣のう腫 黄体機能不全 抗精子抗体陽性 その他

【男性】 精液検査 [異常なし ・ 異常あり] その他()

- ・ご主人は不妊治療に協力的ですか？ （ はい ・ いいえ ）

今までの不妊治療の通院歴があればご記入下さい。

治療法	病院名	期間	回数	お薬・検査
タイミング		から まで	回	
人工授精		から まで	回	
体外受精		から まで	回	
顕微授精		から まで	回	

2枚目に続きます

東洋医学 未病健診 以下で、気になる症状に記号を入れて下さい。

【記号】	
よくある	:◎
時々ある	:○
稀にある	:△

肝の不調		心の不調	
イライラ・鬱々・感情的		動悸・不整脈	
血圧・貧血		不眠・悪夢・中途覚醒	
足がつる・しびれる		いつも眠くてボンヤリする	
視力・目の問題		物忘れ・言葉が出ない	

胃、脾の不調		肺の不調		腎の不調	
食欲不振・食後不快		咳		精力減退・スタミナ切れ	
腹痛		慢性鼻炎・鼻水・痰		頻尿・トイレの問題	
体重の増減・むくみ		嗅覚の問題		老化・脱毛・衰弱傾向	
軟便気味		皮膚の問題		聴力低下・耳鳴り	

疲労感		ぜんそく		肌荒れ		頭痛	
精神緊張感		アトピー		睡眠不足		肩こり	
冷え		アレルギー		運動不足		腰痛	
のぼせ		下痢		偏食・過食		生理痛	
めまい		便秘					

日常生活労作、環境について（該当する場合○をつけてください）

- ・事務PC作業・自動車運転・肉体労働・育児 / 屋外・低温・高温・高湿度・乾燥・騒音
- ・運動習慣：なし/あり ・飲酒：なし/あり ・喫煙：なし/なし(過去にあり)/あり

今後の不妊治療の方針について（ タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 未定 ）

今までに受けたことがある医療機関や民間療法などがあれば、○を付けて下さい。

医療系国家資格の施設	国家資格のない民間療法や施術所
<ul style="list-style-type: none"> ・レディースクリニック/婦人科病院（医師） ・鍼灸（鍼灸師） ・マッサージなど（あん摩・マッサージ・指圧師） ・整骨院（柔道整復師） ・漢方（医師・薬剤師・登録販売者） ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・美容エステサロン ・整体院/ほぐし/リフレ ・○○セラピー ・サプリメント ・その他

ご記入ありがとうございます。わからないところは空欄で構いません。

茅場町女性鍼灸院

03-5614-0188