

問診票

初診日 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 満 才
住 所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
メールアドレス	メールをお送りしてもよろしいですか？ はい / いいえ		

問診時にホルモン数値等の資料をお持ちであれば受付にお渡しください。

■ 今までのお体の状態

内分泌	①卵巣機能不全 ②PCOS ③高プロラクチン血症 ④黄体機能不全 ⑤甲状腺機能：亢進・低下 値(TSH: FT3: FT4:)		
卵 管	①卵管通過障害：(左・右) - (切除・詰り気味・閉塞) ②卵管周囲癒着：左・右 ③クラミジア感染症・淋菌感染症		
子 宮	①子宮筋腫：漿膜下・筋層内・粘膜下 大きさ(cm) 個数(個) ②子宮内膜症：チョコレート嚢胞 左 大きさ(cm) 右 大きさ(cm) ③子宮腺筋症 ④子宮奇形/アッシュャーマン症候群		
フナーテスト：	良好	・	不可
	ご主人の検査結果：未・済み 結果()		
その他：	()		

■ 現在のお身体の状態

周 期	今日は生理開始から()日目	基礎体温 二相性・一相性・ギザギザで不安定	
月 経	周期：一定 約()日 不定期(20~40日の間/2・3ヶ月に1度/半年以上ない/その他) 出血期間：()日間 そのうちしっかり出血は：()日間 ①量：多い・普通・少ない ②質：赤色・暗赤色・黒っぽい茶色・レバー状の塊 大きさ() ③痛み：非常に強い・あまり気にならない・鎮痛剤(なし・あり)		
おりもの	排卵期のおりもの：多い・普通・少ない その他異常()		
大 便	()日に()回 便秘 硬い 普通 軟便 下痢 下痢便秘交互 その他()		
小 便	一日に()回 排尿困難 排尿痛 残尿感 夜間尿 その他()		
胃	①食欲：旺盛・不振 ②痛む：空腹時・食後		
睡 眠	平均()時間：よく眠れる・寝つきが悪い・眠れない事がある・熟睡できな・睡眠時間が足りない		
不定愁訴	肩こり・腰痛・頭痛・疲れやすい・冷え(どこが) その他()		
運 動	なし・あり 何を・どのくらい()		
鍼灸歴	なし・あり 期間() 鍼灸院名()		
漢方・サリ	なし・あり 種類() 薬局名()		
肝 炎	なし・あり (型)	AIDS検査	未・済
血族関係でご病気のかたはいらっしゃいますか？がん、糖尿病など なし・あり ()			

Sekimura鍼灸院 03-6908-5093

問診票

- 普段のお食事をお聞かせ下さい。

朝：

昼：

夜：

間食・お茶・お酒など：

- 不妊、婦人科、不育での診断や今までの病歴を詳しくお聞かせください。

他の書式をご利用になっても構いません。体外受精、人工授精の内容、薬名、血液検査ホルモン数値もおわかりになれば

例：〇年〇月 〇〇クリニックにて、分割胚移植、陰性

：〇年〇月 〇〇クリニックにて 第12因子欠乏症と診断 高温期アスピリンを処方

- 今後の不妊治療の予定・ご希望 自然妊娠 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ その他
()

最後によろしければ、アンケートにご記入ください。

当院を知ったきっかけ	ホームページ・ブログ・本・紹介 () 様) ・その他 ()
ホームページの時の検索ワード	()

ご記入有難うございました。