

問診票（不妊鍼灸用）

カルテ NO :

初回施術日： 年 月 日

フリガナ		西暦	
氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)
住所	〒 —		
E-Mail		電話番号	

- ・施術以外の情報が不要の方はチェックをして下さい。 メールマガジンは不要 ダイレクトメールは不要
 ・当院で施術していることを、同居のご家族にご存知ですか？ はい いいえ 独居である
 ・何で当院をお知りになりましたか？ ご紹介 () 様
 Web 検索(検索ワード:) ・ SNS (Twitter ・ Facebook) ・ その他()

職業	<input type="checkbox"/> 自営 ・ <input type="checkbox"/> 勤務 ・ <input type="checkbox"/> 主婦(専業・兼業) ・ <input type="checkbox"/> 学生 ・ <input type="checkbox"/> 無職 ・ <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)
仕事内容	<input type="checkbox"/> 立つ ・ <input type="checkbox"/> 座る ・ <input type="checkbox"/> 歩く ・ <input type="checkbox"/> 考える ・ <input type="checkbox"/> 力仕事 ・ <input type="checkbox"/> 書類作業 ・ <input type="checkbox"/> PC ・ <input type="checkbox"/> 目を使う ・ <input type="checkbox"/> 手を使う ・ <input type="checkbox"/> 気を使う

身長	cm	体重	kg	体温	℃	血圧	/
結婚歴	西暦	年	月	結婚・事実婚	妊娠希望してからの期間		年くらい

◆既往歴

月経異常・排卵障害・PCOS・高 ^β リポタン血症・甲状腺機能(亢進・低下)・卵巣機能不全・黄体機能不全 卵管狭窄(右・左)・卵管閉塞(右・左)・卵管周囲癒着(右・左)・卵管水腫(右・左)・クラミジア感染症 子宮内膜症・卵巣チョコレート嚢胞(右・左)・子宮腺筋症・子宮筋腫・子宮 ^ホ リフ その他 (<input type="text"/>)
検査値の医師の指摘 <input type="checkbox"/> あり (FSH ・ LH ・ E2 ・ P4 ・ AMH) ・ <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 未検査 ・病気やケガ、手術の経験はありますか？ はい (内容: <input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・不妊治療以外で薬を使用していますか？ はい (薬剤名: <input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・アレルギーはありますか？ はい (症状: <input type="text"/>) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・感染症はありますか？ はい (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・その他) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ・ご家族に病気の方はいますか？ はい (高血圧・高コレステロール血症・糖尿病・がん・その他) ・ <input type="checkbox"/> いいえ

◆基礎体温

二相性(低温期 日間・約 <input type="text"/> ℃・高温期 日間・約 <input type="text"/> ℃) ・ <input type="checkbox"/> 一相性 ・ <input type="checkbox"/> ギザギザ

◆月経

今日	日目(生理初日を1日目)	出血期間	約 日間	不正出血	あり・なし
月経周期	安定(約 日)・不安定(~ 日・約3ヶ月毎・半年以上なし)・その他(<input type="text"/>)				
出血量	多・普通・少	経血の質	赤い・赤黒い・黒っぽい・サラサラ・ドロドロ・レバー状の塊		
月経痛	頭痛・腹痛・腰痛・非常に強い・強い・気にならない		鎮痛剤	あり(回数 <input type="text"/>)・なし	

◆ご主人について

年齢	西暦	年	月生・満 歳	身長	cm	体重	kg
男性不妊の指摘	あり(内容: <input type="text"/>)・なし			フナーテスト	優・良・可・不可・未検査		
精液検査	量:	ml	濃度:	万/ml	運動率	%	奇形率: % ・ 未検査

◆施術について

・ 鍼灸の経験はありますか？	はい（治療内容： _____）	・ いいえ
・ 鍼灸以外の経験はありますか？	はい（漢方薬・マッサージ・整体・加圧ラテック・その他）	・ いいえ
・ 施術頻度はどれ位可能ですか？	毎週・2週毎・毎月・必要なら何度でも・期間を決めている（ _____ ）	
・ 鍼灸に期待することは何ですか？	（ _____ ）	

◆今までの治療経験

内容	タイミング法（ _____ 回）	・	人工授精（ _____ 回）	・	体外受精（ _____ 回）	・	何もしない
結果	妊娠（ _____ 回）	・	出産（ _____ 回）	・	流産（ _____ 回）	・	その他（ _____ ）

◆今後の治療予定

病院	通院中（病院名： _____）	・	検討中	・	通院しない		
内容	タイミング法	・	人工授精	・	体外受精（凍結胚 _____ 個）	・	その他（ _____ ）

◆治療歴（出来るだけ詳しくご記入下さい。）

- 例) 20xx年xx月 病院名 タイミング（薬剤名・ホルモン値・子宮内膜の厚さ）
 例) 20xx年xx月 病院名 人工授精（薬剤名・ホルモン値・子宮内膜の厚さ・精子状況）
 例) 20xx年xx月 病院名 採卵（薬剤名・ホルモン値・採卵数・受精数・凍結胚の数と種類）
 20xx年xx月 移植（薬剤名・ホルモン値・子宮内膜の厚さ・胚の種類・グレード） など

次のページに続きます。

◆睡眠

就寝時刻	:	起床時刻	:	昼寝	する (分)・時々・しない
睡眠が不規則・寝つきが悪い・寝起きが悪い・途中で目が覚める (時頃)・目が覚めると眠れない 夢をよく見る・眠りが浅い・睡眠導入剤を内服・全く眠れない・良く眠れる					

◆食事

回数	食/日 (朝・昼・夜)	間食	する (回/日)・時々・しない	外食	多・時々・少
食事が不規則・食欲旺盛・食欲普通・食欲不振・食欲はあるが咽喉を通らない・義務感で食べている 胃痛・胃もたれ・胃のむかつき・胸やけ・胃酸過多・空腹時に症状あり・食後に症状あり					
味の好み	濃い味 ・ 薄味 ・ 酸っぱい ・ 苦い ・ 甘い ・ 辛い ・ 塩辛い				
嗜好品	お茶 (杯/日) ・ コーヒー (杯/日) ・ たばこ (本/日) お酒 (回/週・お酒の種類と量:)				

◆運動

運動習慣	あり (回/週・運動の種類と時間:) ・ なし
------	---------------------------

◆二便

小便	回/日	尿量	多・普通・少	尿色	濃・普通・淡	夜間尿	あり (回)・時々・なし
大便	回/日	便秘・下痢・便秘と下痢が交互		形状	硬・普通・軟・コロコロ・泥状		

◆体質 (該当するものに○をして下さい。)

冷えを感じる (手足・腹・腰)・寒がり・顔色が白い・温かい飲み物が好き	1/4
手足が火照る・のぼせる・頬が赤い・目の充血・口や咽喉が渇く・冷たい飲み物が好き	1/6
疲れやすい・だるい・眠い・汗っかき (サラサラ・ベタベタ・汗をかくと冷える)	1/4
お腹や胸が張る・脇が張って痛む・ため息が多い・ゲップが多い・おならが多い・イライラする	1/6
めまい・たちくらみ・筋肉の痙攣・目の疲れやかすみ・髪や爪が乾燥・肌のザラザラ感や痒み	1/6
首肩がガチガチに硬い・目の下のクマ・唇や舌の青み・顔色が黒っぽい・サメ肌・しみやあざが多い	1/6
やせ気味・空咳・目の乾燥・唇や肌の乾燥・夕方以降の微熱・寝汗	1/6
むくみ・水太り・鼻水 (透明・白)・痰 (透明・白)・舌の苔が白くねっとりして厚い・頭が重い	1/6

◆体調を崩しやすい時期

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

ご記入ありがとうございました。

鍼灸たかみ