

# 問診票

えりふじ鍼灸院

カルテ NO .

初診日 平成 年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	西暦	年 月 日 (満 歳)
	(〒 - )			
住所		電話番号		
携帯メールアドレス		@		
当院を知ったキッカケ ・ PC で検索 ・ スマホで検索 ・ ブログ ・ ご紹介 ( 様 ) ・ その他				

ご自宅に情報をお届けしてもよろしいですか? 可 / 不可

お仕事をされていますか いいえ / はい 勤務時間( ~ 時 ) 座っている 立っている )  
現在、病院での不妊治療はされていますか していない / している( 病院名 )

## 既往歴

排卵障害 / PCOS / 高プロラクチン血症 / 甲状腺機能( 亢進・低下 ) / 卵巣機能不全 / 黄体機能不全  
卵管障害( 右 / 左 狭窄、閉塞、水腫 ) / 子宮内膜症 / 子宮筋腫( 場所や大きさ )  
ポリープ / 子宮頸がん / 不育症 / クラミジア / その他( )

## ホルモン値

正常 検査をしていない 検査で指摘された( FSH LH E2 P4 AMH )  
医師に不妊症の原因を言われたことがありますか  
ない / ある( 内容 )

## 基礎体温

二相性 / 一相性 / ギザギザ ( 低温期 \_\_\_\_日間 平均\_\_\_\_、高温期 \_\_\_\_日間 平均\_\_\_\_ )

## 月経

・今日は生理がはじまって\_\_\_\_日目  
・月経周期 ( 約\_\_\_\_日 ) / 不定期( \_\_\_\_~\_\_\_\_日の間 / 約 3 ヶ月に一度 / 半年以上こない )  
・出血期間 \_\_\_\_日 ・月経量( 多い / 普通 / 少ない )  
・月経の質( 赤色 / 赤黒い / 黒っぽい / かたまりが出る / 水っぽい )  
・月経痛( 非常に強い / 強い / あまり気にならない ) ・鎮痛剤の使用頻度( )

## その他

・ご結婚はいつですか 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月  
・妊娠を希望されてから何年になりますか \_\_\_\_年くらい  
・身長 \_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_kg ・平熱 \_\_\_\_ ・血圧( 平常時 ) \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
・冷えの気になる部分はどこですか ( )  
・飲酒の習慣はありますか いいえ / はい ・喫煙されますか いいえ / はい  
・大きな病気や怪我・手術の経験、現在通院中の疾患や服用されているお薬があればお書きください  
なし / あり ( 疾患名・内容 薬 )  
・ご家族に < がん 糖尿病 高血圧 > などの方はいらっしゃいますか いいえ / はい

## お体について

睡眠 : 良好 眠れない 夢をよく見る 目が覚めやすい 朝起きづらい  
食欲 : 旺盛 普通 ない その他( ) 間食( する しない)  
便通 : 一日に \_\_\_\_回( 硬 軟 下痢) 便秘 下痢と便秘が交互  
その他: 疲れやすい むくみ 耳鳴り 鼻水 咳 痰 口内炎 胃もたれ 動悸  
嗜好 : コーヒー 甘味 酸っぱい 苦い 辛いもの 塩辛い 油物 果物

## 鍼灸について

- ・今までに鍼灸を受けたことがありますか いいえ / はい( \_\_\_\_回くらい 症状 )
- ・他に受けられたことのある治療( ) 漢方薬( ) マッサージ( ) 整体( ) カイロプラクティック
- ・どの位の頻度で通うことができますか ( ) 必要な頻度で ( ) 一週間に一回 ( ) 二週間に一回
- ・鍼灸に期待すること( )

## ご主人について

- ・生年月日 19\_\_\_\_年\_\_\_\_月生まれ \_\_\_\_歳
- ・精液検査を受けたことがありますか いいえ / はい ( 正常 / 異常 )  
精液量( ml) 濃度( 万/ml) 運動率( %) 奇形率( %)
- ・性交後検査(フナーテスト)を受けたことがありますか いいえ / はい( 良好 / やや不良 / 不良 )

ご経験がありましたら、回数を記入してください

- ・タイミング法( 回) ・人工授精( 回) ・体外受精( 回)
- ・妊娠( 回) ・出産( 回) ・流産( 回)

下のスペースに今までの治療歴をご記入ください

例)平成 年 月 病院名、タイミング・人工授精・体外受精の内容、使用した薬、ホルモン値など  
採卵(採卵数 受精数 胚盤胞・分割卵凍結数) 移植(グレード 内膜の厚さ hCG 値)

ご協力ありがとうございました

この問診票は当院の治療のみに使用し、個人情報を守ります