

# OKはり灸マッサージ 問診票(不妊用)

初診日 年 月 日

ふりがな			男	生年月日	
氏名			女	M・T S・H	年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 ( ) -		☎	( ) -	
ご職業			緊急連絡先	☎ ( ) -	
ダイレクトメール送付させていただいて宜しいでしょうか？				Eメールアドレス(Eメール可の方はお書きください)	
ダイレクトメール送付	<input type="checkbox"/> 郵送可 <input type="checkbox"/> Eメール可 <input type="checkbox"/> 郵送・Eメール どちらも不可				

下記の間診事項にご記入ください。 ※書ける範囲で結構です。

※当院は、個人情報保護に全力で取り組んでいます。  
当院で知れた患者様のあらゆる情報は、一切外部へ漏らすことは致しません。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧(平常時) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 平熱 \_\_\_\_\_ °C

■妊娠を希望されてから、どれくらい経ちますか？ ( )

■経験しているものがございましたら、回数を記入して下さい

・妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回 ・出産回数 \_\_\_\_\_ 回 ・流産回数 \_\_\_\_\_ 回

■妊娠経験がある方は、あてはまるものに印をしてください

自然妊娠で  人工受精で  体外受精で  
 顕微授精で

■現在、婦人科・クリニック等で不妊治療はされていますか？

<input type="checkbox"/> していない	一番最近の月経 ( 月 日から 日間 ) 普段の月経周期 ( <input type="checkbox"/> 順調 _____ 日周期 <input type="checkbox"/> 不順 _____ 日から _____ 日くらい ) 月経の持続期間 ( _____ 日くらい ) 月経量 (主観で結構です) <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 少 生理痛 ( <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 我慢できるくらい <input type="checkbox"/> 痛みどめの薬が必要 過去に婦人科・クリニックで不妊治療を受けたことはありますか ( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない )
<input type="checkbox"/> している	通院機関名 ( ) いつ頃から通院されていますか ( )

■不妊原因となりうる疾患や機能不全がありますか？

ない  
 ある

あり ( )
 

- ・卵管閉塞 ・卵管狭窄 ・多嚢胞卵巣症候群 ・高プロラクチン血症
- ・黄体化非破裂卵胞 ・性腺刺激ホルモン分泌障害 ・卵巣機能低下
- ・子宮内膜症・子宮筋腫 ・子宮奇形 ・子宮体がん ・黄体機能不全 ・不育症
- ・クラミジア感染症 ・その他 ( )

■ご主人に不妊原因となりうる疾患や機能不全はありますか？

ない  分からない  ある ( )

■ホルモン値についてうかがいます

- 正常 検査をしていない  
検査で指摘された点がある

FSH LH 抗ミュラー管ホルモン(AMH) 甲状腺ホルモン  
エストロゲン プロゲステロン  
その他( )

■基礎体温の状態についてうかがいます

- 二相性 体温がバラバラ 低温相と高温相に分かれない  
高温相が長い 高温相が短い 体温が低い 分からない

■不妊治療中の方・過去に不妊治療の経験がある方は、実施状況をご記入ください

		該当するものに○印	直近に実施した日付 予定があるものは予定日
クロミフェン療法		済 ( ) 回) ・ 予定あり	
人工授精		済 ( ) 回) ・ 予定あり	
体外 顕微 受精	初期胚移植	済 ( ) 回) ・ 予定あり	
	胚盤胞移植	済 ( ) 回) ・ 予定あり	
	凍結移植	済 ( ) 回) ・ 予定あり	
	二段階胚移植	済 ( ) 回) ・ 予定あり	
	シート法	済 ( ) 回) ・ 予定あり	
卵巣刺激		GnRHアゴニスト (ロング法 ・ ショート法) 不明 その他( )	GnRHアンタゴニスト
		卵巣過剰刺激症候群などの体調不良が起きましたか？ <input type="checkbox"/> 体調不良なし <input type="checkbox"/> 体調不良あり(具体的な症状)	

■不妊以外で、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

( )

■不妊以外で、お困りの症状や、心身の不調があればお書きください

( )

■今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか

はい (病名: ) ・ いいえ

■今までに手術を受けたことがありますか？

はい (手術名: ) ・ いいえ

■今までに輸血を受けたことがありますか

はい ・ いいえ

■これまでに鍼灸治療を受けられたことがありますか？

- ない 受けた事がある(はり治療のみ・お灸のみ・はり灸どちらも)

■当院をどちらでお知りになりましたか？

- タウンページを見て 看板を見て チラシ・広告を見て

知人からの紹介 ( ) 様のご紹介)

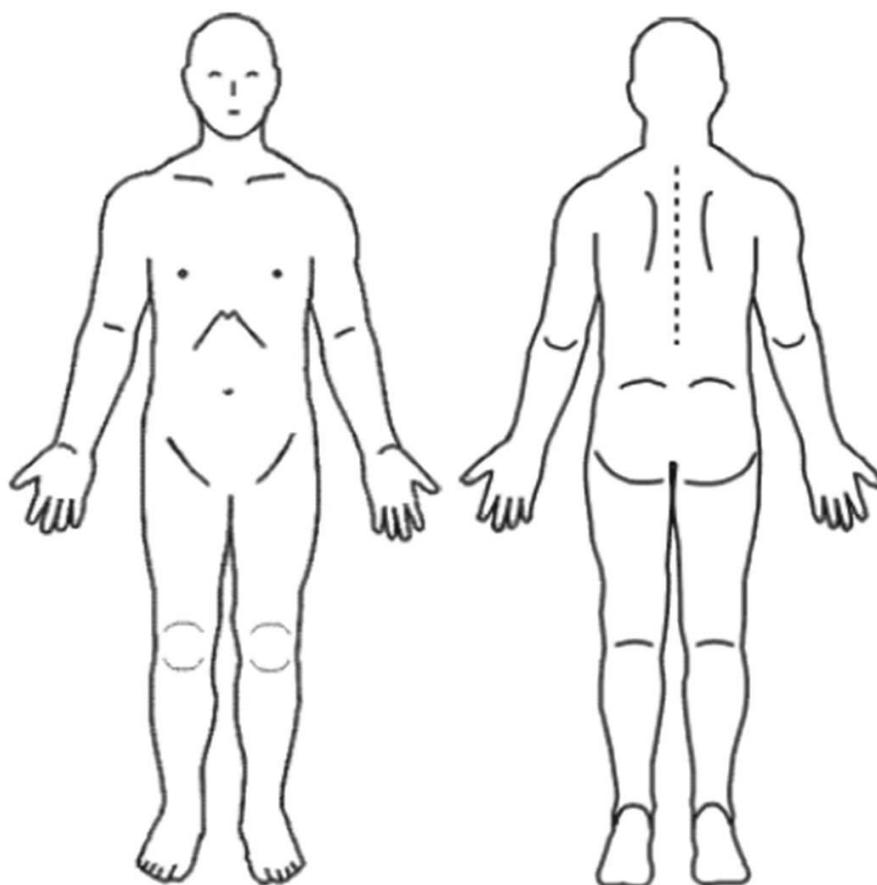
- ネット検索で(当院のホームページを見て エキテンを見て その他のサイトを見て)  
その他( )

■現在の症状・普段の体質傾向についてのご質問  
 (該当する症状に○、著しい場合には◎をつけて下さい)

※東洋医学では、自覚症状がきわめて大切な情報となります。お手数ですが、できるだけご協力下さい。  
 (書きたくないところは無理に書かなくて結構です)

食欲	良好 普通 食べ過ぎることが多い 食べてもすぐお腹が減る 食欲減退(食欲がなく食べられない 食欲はないが食べられる 食べられない(食欲がなく食べられない 食欲はあるのに食べられない その他( )
睡眠	良好 普通 寝つきが悪い 眠りが浅い 途中で目が覚める よく夢をみる 朝起きるのがつらい 日中眠気が強い 食後に眠くなる その他( )
大便	良好 便秘しがち 下痢しがち 下痢と便秘が交互にくる 排便回数が多い 排便回数が少ない 残便感がある 便の硬さの異常がある その他( )
小便	普通 排尿回数が多い 排尿回数が少ない 1回の尿量が多い 1回の尿量が少ない 排尿困難 排尿痛 尿漏れ 残尿感 夜寝てからトイレに起きる( なし ・ あり 回 ) その他( )
全身症状	暑がり 寒がり 冷える のぼせる 冷えのぼせがある さむけ 熱っぽい 風に当たると不快 微熱が続く 疲れやすい 体がだるい かぜをひきやすい 汗をかきやすい 汗をかきにくい 寝汗をかく 手足がほてる 性欲減退 その他( )
精神状態	憂うつ 不安感 やる気がでない すぐ怒る イライラ 驚きやすい 感情の起伏が激しい その他( )
頭	頭痛 頭重感 めまい たちくらみ 頭がボーッとする その他( )
目	視力減退 目の疲れ 目のかすみ 目の充血 目が痛い 目の乾燥 目がショボショボする その他( )
耳	耳鳴り 難聴 その他( )
鼻	くしゃみ 鼻水 鼻づまり 鼻血 その他( )
口	口が乾く 口が苦い 口がねばる 味がわからない 舌が痛む 口内炎がでしやすい その他( )
のど	つかえ感 のどが痛い のどの違和感 のどが渴いて多量の水を飲む のどが渴くが少ししか飲まない その他( )
胸	動悸 息切れ 胸痛 胸がつまる感じ 胸苦しさ 胸やけ 咳 痰 その他( )
腹	みぞおちのつかえ みぞおちの痛み 胃もたれ げっぷ 吐き気 嘔吐 腹が張る 腹が鳴る おならがよく出る その他( )
皮膚	かさかさ じくじく かゆみ ふきでもの その他( )
月経関連	初経( 才) 月経周期( 日周期) 出血期間( 日間) 月経不順 出血量が多い 出血量が少ない 月経痛 排卵痛 月経前の違和感 月経前の痛み おりものの異常 その他( ) 現在妊娠している可能性( あり なし) 妊娠中 閉経( 才)

■痛み・こり・しびれなど



症状のあるところを  
上記の図に ○印で 示してください。

その他気になる症状があればお書きください

[ ]

ご協力ありがとうございました