

茅場町女性鍼灸院 鍼灸問診票

アルコール消毒可 迷走神経既往なし 金属アレルギー発症歴なし

記入日	()			
フリガナ	身長		体重	職業
氏名	cm		kg	
生年月日	西暦	年	月	日
住所	〒			
メール	@			
携帯電話	-			
来院動機	ご紹介 (お名前 :) ・ HP ・ ツボ新聞			

◆本日はどのような症状で来院されましたか。

◆その症状はいつからありますか。

◆服用されているお薬やサプリメントがありますか。

◆通院されている病院・治療院はありますか。

病院・鍼灸院・マッサージ・整骨院・他()

既往歴についてお伺いします。

◆これまでに大きな病気や手術・入院の経験はありますか。

家族歴についてお伺いします。

◆ご家族で何か病気をされている方はいらっしゃいますか。
糖尿病・高血圧・心疾患・腎臓病・癌・膠原病など

◆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。

生活:事務PC作業 / 自動車運転 / 肉体労働 / 育児

環境: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 / あり

茅場町女性鍼灸院 鍼灸問診票

月経についてお伺いします。

- ◆初潮年齢 [_____ 歳]
- ◆最終月経 [_____ / _____ ~ _____ / _____ まで ・ 閉経]
- ◆月経周期 [約 _____ 日間 ・ 規則的 ・ 不規則]
- ◆出血期間 [_____ 日間]
- ◆月経量の傾向 [多い ・ 普通 ・ 減少]
- ◆基礎体温の変化 [つけていない ・ つけている]
- ◆生理痛 [ない ・ ある → 鎮痛剤 : あり ・ なし]

妊娠歴についてお伺いします。

- ◆現在、妊娠の可能性はありますか。 [ない ・ あり → 妊娠 _____ 週]
- ◆妊娠・出産経験 [妊娠 _____ 回 / 分娩 _____ 回]
- ◆中絶経験 [ない ・ あり → 時期: _____]

◆気になる症状に✓チェックをしてください。

肝		心		脾・胃	
イライラ・情緒不安定		動悸・不整脈		食欲不振・食後不快	
血圧・貧血		不眠・悪夢・中途覚醒		腹痛	
足がつる・しびれる		いつも眠い		体重の増減・むくみ	
視力・目の問題		物忘れ・言葉が出ない		軟便・下痢	

肺		腎	
咳		精力減退	
慢性鼻炎・鼻水・痰		頻尿・トイレの問題	
嗅覚の問題		老化・脱毛	
皮膚の問題		聴力低下・耳鳴り	

肩こり		頭痛		腰痛	
疲労感		ぜんそく		肌荒れ	
ストレス		アトピー		睡眠不足	
冷え		アレルギー		運動不足	
のぼせ		発汗		偏食・過食	
めまい		便秘		喉の乾き	

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 妊活コース問診票

◆検査についてお伺いします

- ホルモン検査 [問題なし ・ 問題あり ・ 不明]
 AMH検査 [年齢相応 ・ 低値 → 数値 : _____]
 クラミジア感染症検査 [陰性 ・ 陽性 → 治療 = 済み ・ 未]

◆行ったことがある検査に✓をお願いします

- フーナーテスト 子宮鏡検査 腹腔鏡検査
 抗精子抗体検査 ALICE・ERA・EMMA検査 子宮卵管造影検査
 通水・通気検査 PGT-A

◆当てはまる項目に✓をお願いします

- 子宮筋腫 卵管水腫 高プロラクチン血症
 子宮内膜症 多のう胞性卵巣症候群 甲状腺機能低下・亢進症
 チョコレートのう胞 黄体機能不全 不育症
 卵巣のう腫 早発卵巣不全(POF)

◆男性不妊について、当てはまる項目に✓をお願いします

- 精子無力症 奇形精子症 膣内射精障害
 乏精子症 精索静脈瘤 勃起不全 (ED)
 無精子症

◆夫の年齢 [_____] 歳

◆ご主人は不妊治療に協力的ですか? [はい ・ いいえ]

◆喫煙 [あり・なし]

◆飲酒 [あり・なし]

◆精液検査 [異常あり ・ 異常なし ・ 不明]

◆今までの不妊治療の通院歴をご記入下さい

治療法	病院	期間	回数	検査・治療・薬など
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	

◆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