

かえる鍼灸院 妊活コース 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		身長: cm	職業	
氏名		体重: kg		
生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)			未婚・既婚
住所	〒			
	メールアドレス @			
	電話() -	携帯() -		
来院動機	ホームページを見て・雑誌を見て・鍼灸院の看板を見て・リーフレットを見て			
	知人・家族の紹介(紹介者:)			

月経についてお伺いします。

- ・初めての月経は何歳の時ですか？ [歳] ・最終月経はいつですか？ [/ ~ / まで]
- ・月経周期 [約__日間・規則的・不規則] ・月経量は？ [多い・普通・少ない]
- ・出血期間は何日間ありますか？ [日間]
- ・基礎体温の変化は [正常・低体温・高温期が短い・二相性が不明確]
- ・生理痛(腹痛・腰痛)は？ [なし・ややあり・時々服薬する・毎服薬する]
- ・今までの妊娠経験について伺います。(妊娠 回 / 分娩 回)
- ・中絶(人工流産)の経験がありますか？ (ない・ある)
- ・今までに大きな病気や手術をした事がありますか？ (ない・ある)

現在の状況について当てはまるものに○を付けて下さい。

【女性】 月経不順 不正出血 月経量が気になる おりものが気になる 高プロラクチン血症
 多のう胞性卵巣症候群(PCOS) 甲状腺機能(低下・亢進) クラミジア感染症 卵管閉塞 早発閉経
 子宮奇形 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫 黄体機能不全 抗精子抗体陽性 その他

【男性】 精液検査 [異常なし・異常あり ()] ・未検査

ご主人は不妊治療に協力的ですか？ (はい・いいえ)

今までの不妊治療の通院歴があればご記入下さい。

治療法	病院名	期間	回数	お薬・検査
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	

東洋医学診断 当てはまる所に印をつけてください(よくある◎ たまにある○ 稀にある×)

肝の不調		心の不調	
イライラ・鬱々		動悸・不整脈	
血圧・貧血		不眠・悪夢・中途覚醒	
足がつる、痺れる		いつも眠くてぼんやり	
疲れ目、かすみ目		物忘れ・言葉が出ない	

胃、脾の不調		肺の不調		腎の不調	
食欲不振・食後不快		咳		精力減退・スタミナ切れ	
腹痛		慢性鼻炎・鼻水・痰		頻尿・トイレの問題	
体重の増減・むくみ		嗅覚の問題		老化・脱毛・衰弱傾向	
軟便気味		皮膚の問題		聴力低下・耳鳴り	

疲労感		ぜんそく		肌荒れ		頭痛	
精神緊張感		アトピー		睡眠不足		肩こり	
冷え		アレルギー		運動不足		腰痛	
のぼせ		下痢		偏食・過食		生理痛	
めまい		便秘					

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)

- ・事務 PC 作業・自動車運転・肉体労働・育児 / 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/なし(過去にあり)/あり

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)

今までに受けたことがある医療機関や民間療法などがあれば、○を付けて下さい。

医療系国家資格の施設	国家資格のない民間療法や施術所
<ul style="list-style-type: none"> ・レディースクリニック/婦人科病院(医師)・鍼灸(鍼灸師) ・マッサージなど(あん摩・マッサージ・指圧師)・整骨院(柔道整復師) ・漢方(医師・薬剤師・登録販売者) ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・美容エステサロン ・整体院/ほぐし/リフレ ・○○セラピー ・サプリメント ・その他