

泉堂はり灸院 不妊症問診票

初診年月日 令和 年 月 日

(ふりがな)

御名前 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

住所 〒 _____

電話番号 _____

当院を何で知りましたか？

紹介者 _____ 様

ホームページ 検索ワードは(例:横浜不妊鍼灸等)

看板 その他 _____

○結婚生活は 年 ・夫・妻は 才。 妊娠にトライして 年。 不妊外来通院 年。

○原因と思われる疾患 (○をして下さい)

・無し/不明/加齢

・有り

女性: 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(狭窄・閉塞)/多のう胞性卵巣/子宮内膜症/子宮筋腫/その他()

男性: ED/精子の質が悪い/無精子症/その他()

○基礎体温 二相性/一相性/ギザギザ

○月経

・今日は 日目

・周期は 定期的/不定期 約 日 最近来ない/その他()

・出血期間 日

・月経量(多い/普通/少ない)

・月経血の質(赤色/暗赤色/黒っぽい/レバー状の固まり/薄い)

・月経痛(非常に強い/強い/さほどではない)

・生理前が辛い、生理中がしんどい、生理の後が辛い、下痢・腰痛・頭痛がするなど具体的にお書き下さい。

○妊娠・出産歴があればお書き下さい

○現在の治療法 タイミング・人工受精・体外受精など具体的にお書き下さい。(裏面もお使い下さい)

○これまでにかかった主な病気、けが

肝炎などの感染症にかかったことが ない ある (A B C E その他)

睡眠 眠りが浅い 寝つきが悪い 夢多い・目覚めやすい 熟睡感がない

食欲 旺盛 普通 無い

便通 1日 回 硬 軟 下痢

尿 多い 少ない 夜間頻尿

こり・痛み 頭痛 くび、肩、背 腰痛 背痛

冷え 手足 足腰

鼻 鼻炎がある 鼻詰まり 鼻水

のど 喉が痛い イガイガする のどがかわく 口が粘る 口が苦い

胸 心臓や胸が重苦しい 動悸 息切れ

せき・たん 多い ゼイゼイいう 痰が出る 痰に血が混じる

胃 胃が痛い 胃が重い 胸やけ げっぷ 吐き気 嘔吐

その他 耳鳴り 難聴 手足にむくみが出る 不正な出血・下血

体質 冷え性 のぼせ症 かぜをひきやすい 疲れやすい

嗜好 酒(ビール1日 本、酒1日 合) たばこ(1日 本)

普段服用しているお薬(漢方薬・サプリメントも含めて)



どうもありがとうございました

泉堂はり灸院