

問診票

初診日 年 月 日

ふりがな 氏名			生年月日	年齢
			西暦 年 月 日	歳
住所	〒			
電話番号	携帯	自宅		
メールアドレス	@		①docomo.ne.jp②softbank.ne.jp③i.softbank.jp ④ezweb.ne.jp ⑤その他_____	
職業	会社員・公務員・自営業・パート・専業主婦・学生・看護師・介護士・保育士・他（ ）			

◎日常生活について

睡眠	平均（ ）時間：起床（ ）時頃 就寝（ ）時頃 よく眠れる・寝付きが悪い・眠りが浅い・途中目が覚める・時間が足りない・夢を見る
運動	なし・あり：(何を・どれくらい)
食事	食事内容【例：ご飯、納豆、味噌汁、卵焼き】 朝： 昼： 夜： 間食： 水分：水（ ℓ/日）・お茶（ ℓ/日）・コーヒー（ ℓ/日）・その他（ ）
嗜好	お酒：飲まない・飲む（週 回/量 ml） タバコ：吸わない・吸う（1日 本）

◎現在のお身体の状態

月経周期	今日は生理開始から（ ）日目 規則的（約 日周期）・不規則（20～40日の間・2～3ヶ月に一度・6ヶ月以上ない・その他）		
月経	出血期間（ ）日間 そのうちしっかり出血は（ ）日間 量（多い・普通・少ない） 質（赤色・暗赤色・黒っぽい茶色・レバー状の塊） 痛み（気にならない・強い・非常に強い） 鎮痛剤（あり・なし）		
基礎体温	二相性・一相性・ギザギザで不安定	おりもの	排卵期：多い・普通・少ない
大便	（ ）日に（ ）回 便秘・硬い・普通・軟便・下痢・下痢便秘交互・その他		
小便	1日（ ）回 残尿感・夜間尿（ 回）・その他		
胃の状態	食欲：旺盛・普通・不振 痛み：空腹時・食後		
不定愁訴	目の疲れ・頭痛・肩こり・腰痛・疲れやすい・むくみ・冷え（どこが ）・その他		
鍼灸歴	なし・あり 期間（ ） 鍼灸院名（ ）		
既往歴	なし・あり（ ）	手術歴	なし・あり（部位 ）
薬の服用	なし・あり（ ）	漢方・サプリ	なし・あり（ ）
肝炎	なし・あり（ 型）	AIDS検査	未・済

◎今までのお身体の状態

内分泌	①卵巣機能不全 ②多嚢胞性卵巣症候群 ③高プロラクチン血症 ④黄体機能不全 ⑤甲状腺機能：亢進・低下 値（ TSH: FT3: FT4: ）		
卵管	①卵管通過障害：左・右 →（ 切除・閉塞・詰まり気味 ） ②卵管周囲癒着：左・右 ③クラミジア感染症・淋菌感染症		
子宮	①子宮筋腫：大きさ（ cm ） 個数（ 個 ） 場所（ 漿膜下・筋層内・粘膜下 ） ②子宮内膜症：チョコレート嚢胞 左 大きさ（ cm ） 右 大きさ（ cm ）		
フーナーテスト	良好・不良	ご主人の精液検査	未・良好・不良（結果： ）
その他			

◎婦人科、不妊、不育での診断や今までの治療歴を詳しくお聞かせください。

体外受精、人工授精の内容、薬名、血液検査の数値もお分かりであればご記入お願いします。

例：○年○月 □□クリニックにて タイミング指導
○年○月 □□クリニックにて 分割胚移植→陰性
○年○月 □□クリニックにて △△と診断→△△を処方 など

今後の不妊治療の予定・希望	自然妊娠・人工授精・体外受精・その他
当院を知ったきっかけ	HP・ホットペッパー・しんきゅうコンパス・インスタ・紹介（ 様 ）・その他（ ）
検索時のキーワード	
この中で興味のあることはありますか？	<input type="checkbox"/> ダイエット <input type="checkbox"/> プロポーション改善（バストアップ・ウエイトシェイプ・ヒップアップ） <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 体質改善（デトックス・花粉症・アトピー・不妊） <input type="checkbox"/> ファスティング（断食） <input type="checkbox"/> ヨガ <input type="checkbox"/> スポーツのパフォーマンスの向上 <input type="checkbox"/> 美容鍼（顔鍼）

ご記入ありがとうございました。