

問診票

初診日 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	西暦	年 月 日	満 才 職業
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
メールアドレス	ご案内をお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ		

■下記項目で治療中、または医師から指摘されている点がありますか。数値や検査年月など具体的にご記入ください。

血液	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
ホルモン値など	()
フーナーテスト	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
子宮卵管造影・通水	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
子宮筋腫	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
子宮内膜の状態	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
クラミジア・淋菌	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
ご主人	検査していない・問題なし・治療中・経過観察中
	()
その他	

■下記項目について、分かる範囲でご記入ください。

月 経	初潮	: 歳
	月経周期	: 一定(日周期)・不定期(~ 日)
	出血期間	: 日間
	状態	: 赤色・暗赤色・黒っぽい茶色・レバー状の塊
	量	: 多い・普通・少ない・不定
	痛み	: とても強い・強い・ほとんどない / 痛む時期: 生理前・生理中・生理後
	PMS	: イライラ・抑うつ・腹部胸の張り・むくみ・頭痛・その他()
	基礎体温	: 二相性・一相性・ギザギザで不安定・高温相が12日以下
排卵日	: (~ 日)・分からない・排卵していない	
妊娠	なし・あり(回)	
分娩	なし・あり(経膈分娩 回・帝王切開 回・死産 回)	
流産	なし・あり(回)	
人工妊娠中絶	なし・あり(回)	
アレルギー	なし・あり()	
鍼灸の経験	なし・あり	
手術歴	なし・あり(場所:)	
ご家族の病歴(がん、糖尿病など)	なし・あり(病名:)	

■今後のご予定、ご希望に関して教えてください。

自然妊娠(タイミング法)・人工授精・体外受精・その他

■用紙の裏面に、婦人科や不妊治療での診断やこれまでの病歴を詳しくお書きください。

体外受精、人工授精の内容、薬名、検査数値なども分かる範囲で合わせてご記入ください。

例：○月○日 ○○クリニックにて分割胚移植(グレードC)、陰性(hcg0.0)

※お持ちであれば、不妊治療歴やホルモン数値などの資料を問診時にお持ちください。

ご記入ありがとうございます。



© コンチェルト鍼灸院