**問診票（男性不妊） 丘 の 上 鍼 灸 院　　　　秘**

**☞該当するところにレ印か〇、または内容をご記入ください☜**

初診日　２０２　年　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **鍼灸治療経験** □**有　 ・** □**無** |
| **お名前** |  | **鍼灸治療が怖い** □**yes ・** □**no** |
| **生年月日　　　　　年　　　月　　　日生　　　歳** |
| **ご 住 所** | | **TEL　　　　　　－　　　　－** |
| **〒　　　-** | | **携 帯　　　　 　－　　　　－** |
| **e-mail**  **※大切なお知らせなどに限り使用いたします** |
| **緊急連絡先　　　 －　　 　 　－** |
| **当院を選ばれた理由**  □**ご紹介（紹介者名　　　　　　　）**□**ホームページ**□**広告**□**その他（　　　　　　　）** | | |
| **お身体についてお尋ねします**  **身長　　　　ｃｍ，　体重　　　　ｋｇ，　　　血圧　　　/　　　　，　視力（右：　　　左：　　　）** | | |
| **日常生活についてお聞きします** | | |
| **１．ご 職 業 会社員 ・公務員・ 自営業 ・専業主夫・パート、アルバイト ・ 学生**  **その他（　　　　　　　　）**  **お仕事の職種は何ですか？　 事務・営業 ・技術・研究・販売・サービス**  **その他（　　　　　　）**  **熱や放射線にさらされる職種ではありませんか？**□**はい**□**いいえ** | | |
| **２．起床（　　　時　　　分頃）　　　就寝（　　　時　　　分頃）** | | |
| **３．通勤方法は？　　電車・バス・自転車・徒歩・その他（　　　　）　片道　　時間　　分位** | | |
| **４．勤務時間は？　　（　：　　～　　：　　まで）　１日の平均残業時間（　　　時間くらい）** | | |
| **５．お休みはいつですか？　（例：土、日が休み）** | | |
| **６．日頃何か運動をしていますか？** | | |
| **７．運動以外で健康に気をつけている事はありますか？** | | |
| **８．胃の状態 → 食欲（旺盛・普通・不振）　胃 痛 →**□**あり・**□**なし（空腹時・食後・いつも）** | | |
| **９．冷えはありますか？**□**あり**□**なし**  **「あり」とお答えの方→**□**お尻** □**腰**  □**お腹** □**足首から下**  □**膝から下** □**足の指先**  □**その他（　　　　　　　　）** | | |
| **１０．嗜好についてお聞きします**  **タバコは？**□**吸わない**□**吸う　→１日　　　本くらい**  **アルコールは？**□**飲まない**□**飲む　→週に　　　回くらい**  **飲む場合、主に飲むのは　⇒　ビール・日本酒・ウィスキー・ワイン・焼酎** | | |
| **１１．好んで食べる物は？**□**甘い**□**しょっぱい**□**酸っぱい**　□**辛い**　□**脂っこい**  □**その他（　　　　　）** | | |
| **男性不妊症について** | | |
| **不妊症と診断された　⇒　具体的内容をお書きください（例：乏精子症・精巣静脈瘤・ＥＤなど）** | | |
|  | | |
|  | | |
| **上記の症状に関して現在治療を受けていますか？　または過去に受けたことがありますか？**  □**現在治療を受けている　　⇒　治療内容：**  □**過去に受けたことがある　⇒　治療内容：** | | |
| **検査内容について** | | |
| **フーナーテスト　 ：** □**良好**□**不良　（**□**精子の数が少ない**□**無い）**  **精液検査　　　　 ：　 　 ml 数　　　　万個　　　　奇形率　　　％　　 運動率　　　％**  **その他の検査 : 血液検査など** | | |
| **以下の病気になったり医師の治療を受けたことがありますか？** | | |
| □**おたふくかぜ**□**STD（性感染症：淋病・クラミジアなど）** □**HIV**□**前立腺癌**  □**その他悪性腫瘍**□**C型肝炎**□**クラインフェルター症候群**□**臓器移植** | | |
| **上記症状以外にお体で気になる症状はありますか？：（例；肩こり、頭痛、腰痛、耳鳴り　など）** | | |
| **●** | | |
| **●** | | |
| **その症状はいつ頃始まって、現時点まで変化していますか？**  **症状が始まった時期：　　　　　　くらい前から**  **症状の変化：**□**ひどくなった**□**軽くなった**□**変わらない**  □**良かったり悪かったり**  **この症状で医師の治療を受けていますか？**　　□**はい**　□**いいえ** | | |
| **大病（手術、入院、骨折、交通事故など）の経験はありますか？**　□**はい**　□**いいえ**  **「はい」とお答えの方　⇒　　　　年前　　内容：** | | |
| **次の症状で現在治療を受けていますか？**□**はい**　□**いいえ**  **「はい」とお答えの方　⇒　血友病　　糖尿病　　肝炎（Ａ型・Ｂ型・Ｃ型）　痛風　ＨＩＶ** | | |
| **現在次のお薬を使用していますか？**□**はい**□**いいえ**  **「はい」とお答えの方　⇒　血液凝固防止剤　（血液を固まりにくくする薬：ワーファリン**  **・ウロキナーゼ・ヘパリンなど）、　バファリン　　アスピリン** | | |
| **アレルギーはありますか？**□**はい**□**いいえ**  **「はい」とお答えの方　⇒　　　どのようなアレルギーですか**  **花粉症（　　　　花粉）・金属アレルギー（特にニッケル）・食べ物（　　　　　　　　　　）** | | |
| **ご家族・肉親で遺伝的な病気の傾向がありますか？**□**はい**□**いいえ**  **「はい」とお答えの方　⇒　　病名：** | | |