**問診票（婦人科）　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は****ご紹介等（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：　　　）** |
| **本日、お体の不調や気になるところはどこですか？具体的にお書きください。** |
| **どんな症状ですか？：（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は：****症状の変化は：**□**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****医師の診断は：** |
| **その他の症状について** |
| **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）**□**ＨＩＶ****現在上記の症状以外で医師の治療を受けていますか？**□**はい**□**いいえ****「はい」とお答えの方　⇒　病　名：****（例：高血圧、ガン、緑内障、心臓病、喘息など）** |
| **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　⇒　内容：　　　　　　　　年前** |
| **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：** |
| **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**□**導眠剤**□**うつ病のお薬** |
| **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（　　　　　　　　　）** |
| **家族歴** | **父** | **健在 ・ 治療中 ・ 他界****病名（　　　　　　　　）** | **母** | **健在 ・ 治療中 ・ 他界** **病名（　　　　　　　　）** |
| **兄・弟** | **健在 ・ 治療中 ・ 他界** **病名（　　　　　　　　）** | **姉・妹** | **健在 ・ 治療中 ・ 他界****病名（　　　　　　　　）** |
| **日常生活についてお聞きします** |
| **１．起床（　　　時　　　分頃）　　　就寝（　　　時　　　分頃）** |
| **２．ご 職 業 専業主婦 ・ 会社員 ・公務員・ 自営業 ・ 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 ・販売・その他（　　　　　　）** |
| **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、おもに飲むのは　⇒　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（　　　　　）** |

**婦人科系に関する問診票**

|  |
| --- |
| **ご結婚歴　⇒**□**未婚**□**既婚（　　年目）**□**再婚（　　年目）／　配偶者の年齢　　　歳** |
| **医師から次の症状があると言われたことがありますか？**□**排卵障害 /** □**卵巣機能不全 /** □**卵管障害（通過、閉塞） /** □**子宮筋腫 /** □**子宮内膜症**□**多嚢胞性卵巣症候群(　PCO　) /** □**黄体化非破裂卵胞症候群(　LUF　) /**□**高プロラクチン血症**□**甲状腺機能（亢進症・低下症） /** □**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **基礎体温（ＢＴＬ）はいかがですか？**□**二相性　/** □**一相性 /** □**ギザギザで不安定　/**□**つけていない** |
| **本日は生理開始から何日目ですか？　　　　　　　　日目** |
| **月経周期は何日くらいですか？****２０代のころ（約　　　日）　　　　現　在（約　　　日）****不定期（**□**20～40 日 /**□**60～90 日 /**□**180日以上来ない /**□**無月経　）****高 温 期（　　　　日間）****出血期間（　　　　日間）****初　　潮（　　　　歳）** |
| **月経の量・質はどうですか？****月経量（**□**多い**□**普通**□**少ない） 　２０代の頃に比べて（**□**多い**□**不変**□**少ない）****月経の質（** □**赤色**□ **暗赤色** □**黒っぽい茶色** □**レバー状の塊 ）** |
| **月経痛はどうですか？**□**気にならない**□**痛い**□**非常に痛い（痛み止めの服用**□**あり** □**なし ）** |
| **排卵期のおり物は？**□**多い**□**普通**□**少ない**□**その他の異常（　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **月経前症状（PMS）はありますか？**□**イライラする**□ **とてもイライラする**□ **特になし** □**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **不妊治療に関する検査についてお尋ねします****血液ホルモン検査 ：（ F S H/E２/LHなど検査結果で分かるものをお知らせください）****F S H/　　　　　　　E２/　　　　　　LH/　　　　　（生理開始　　日目の数値）****子宮卵管造影 ：**□**良好**□**閉塞（左／右）**□**わからない****経腟超音波診断（エコー）****子宮内膜の状態 ：　　　　　mm（生理　　日目の数値）****AMH検査　 ： 数値****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　　　 　：　 数　　　　万個　　　　奇形率　　　％　　 運動率　　　％** |
| **妊娠歴に関してお尋ねします****出産　（　　　　回）　・　流産　（　　　　回）　・　中絶　（　　　回）　・　なし** |
| **現在通院中のクリニックはどちらですか？****不妊治療歴　：　　　　　年　　　　　ヶ月　くらい** |
| **不妊治療に関してお尋ねします****タイミングの回数　　　　　　回位****A I H の回数　　　　　　　　回****採卵を試みた回数　　　　　　回****１回目　　採卵数　　　受精数　　　質（グレード　　、　　分割）****２回目　　採卵数　　　受精数　　　質（グレード　　、　　分割）****３回目　　採卵数　　　受精数　　　質（グレード　　、　　分割）****４回目　　採卵数　　　受精数　　　質（グレード　　、　　分割）****I V Fの回数　　　　　　　　 回****I C S Iの回数　　　　　　　 回** |
| **「子供が授かりにくい原因について」ご自分なりのお考えがあれば教えて下さい** |
| **婦人科などでの今までの診断や病歴を詳しく時系列で記入してください** |
| **（例）2000年○月 　○○クリニック、治療（体外受精・人工授精など）の内容、使った薬名、****血液検査数値など、わかる範囲でご記入ください** |
| 年月日 | クリニック名 | 治　療　内　容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |