



問 診 表

漢方医学では、自覚症状がきわめて大切な情報となります。
お手数ですが是非ご協力下さい。(可能な範囲でご記入下さい。)

ふりがな：		年齢：	歳	職業：
氏 名：		電話：		
ご住所：〒				
メールアドレス：				<small>ご連絡を差し上げることがありますので、記載をお願いします。</small>
身長：	cm	体重：	kg	基礎体温 低温期： °C・高温期： °C (判らない場合空白で)

1. 今までの不妊治療の経過を教えてください。

2. ご自身の体調や体質で気になるところがあれば教えてください。

3. その症状はどのような時に悪くなりますか？ (季節、天候、時間帯、生理との関連等)

4. 普段から服用されている、おくすりやサプリメントはありますか？

おくすり：

サプリメント：



5. 次の質問にお答え下さい。(該当する症状に○をつけて下さい。[]には数字をご記入下さい。)

- 1) 食欲 (良い・普通・低下・ない・自分で制限している)
- 2) 睡眠 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢をみる)
- 3) 便 [] 回/日
 便通 (普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる)
 便の状態 (普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便・すっきりしない)
 残便感 (なし・あり)
 腹痛 (なし・あり)
 お腹のはり (なし・あり)
 お腹にガスがたまる (なし・あり)
 下剤の服用 (なし・あり) / 下剤での腹痛 (なし・あり)
- 4) 尿 [] 回/日
 夜寝てからトイレに起きる (なし・あり [] 回)
 尿の色 (普通・薄い・濃い)
 残尿感 (なし・あり)
 排尿時痛 (なし・あり)
- 5) 投薬なしでの月経 (あり・なし)
 初潮 [] 歳
 月経期間 [] 日間 / 月経周期 約 [] 日周期 (順調・遅れる・早まる・一定しない)
 月経痛 (なし・月経開始前・前半・後半) / 鎮痛剤の服用 (なし・あり)
 月経量 (普通・少ない・多い) / 血塊 (経血の塊) (なし・あり) / 不正出血 (なし・あり)
 おりもの (普通・少ない・多い) / 排卵期ののびおり (なし・あり)
 おりものの異常があればお書き下さい ()
 月経に関連した不調 (なし・月経開始前・月経中・その他：時期) 頃)
 不調がある場合の症状 (イライラ・胸の張り・浮腫み・頭痛・腹痛・その他：)

6. 生活習慣についてお伺いします。

- 1) 飲酒 (飲まない・飲む) 飲む場合、何をどの位? ()
- 2) 喫煙 (しない・する [] 本/日)
- 3) 間食 (多い・少ない・食べない) 食べる場合、何を? ()
- 4) 味覚傾向：好きな物に○、嫌いな物に × をつけて下さい。
 【 甘い・辛い・苦い・酸っぱい・塩辛い 】
- 5) 食事傾向：好きな物に○、嫌いな物に × をつけて下さい。
 【肉・魚・揚げ物・白米・麺類・和食・洋食・野菜・果物・温かい物・冷たい物・洋菓子・和菓子・おつまみ】
- 6) 毎日のおおまかなメニューを教えてください。
 朝：
 昼：
 夕：



7. 現在の症状、体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○、著しく該当する場合は◎をつけてください。)

1) 全身症状

暑がり／寒がり／冷える (全身・手・足・腹・腰・背・その他) / のぼせ／冷えのぼせ／眠気が強い
 風邪をひきやすい／疲れやすい (全身・足・腕・その他) / 体が重い (全身・腰・膝・足・腕・その他)
 だるい (全身・腰・足・腕・その他) / 体重増加／体重減少／過食／拒食
 汗をかきやすい (全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他) / 汗が出ない／寝汗が多い
 頭痛 (ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他:) / 頭重
 浮腫 (むくみ) / 一日にとる水分量 (何を:) どの位:)
 車酔いしやすい／めまい (回転性・非回転性) / 立ちくらみ／ふらつき
 発作性の発汗／発作性の熱感 (ホットフラッシュ)
 痛み (腰・肩・背・ひざ・腕・手指・足・その他:)
 こり (肩・背・首筋・腰・その他:) / こる場合の場所 (一点が痛い・全体が凝っている)
 しびれ (腕・手指・もも・足・その他:)
 ほてり (手のひら・足の裏・その他:) / 筋力低下

2) メンタル面

不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい
 イライラする／怒りっぽい／神経過敏 (驚きやすい) / 忘れっぽい／記憶障害

3) 呼吸器系

胸が苦しい (圧迫感・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい・鈍痛)
 咳 (空咳・痰がからむ) / 痰 (水のような・粘っこい・膿のような)

4) 消化器系

食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／げっぷ／嘔吐／胸焼け
 悪心・吐き気／少し食べると腹が張って食べられない／胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感
 食べ物が胸につかえる／腹痛 (上腹・下腹・移動性) / 腹がゴロゴロする／おならがよくでる

5) 眼科・耳鼻咽喉科

視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目の充血／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい
 耳鳴／耳閉感／難聴
 くしゃみ／鼻汁 (水のような・粘っこい) / 鼻づまり／後鼻漏 (鼻汁がのどに落ちる) / 鼻出血
 味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇／口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／歯痛
 のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ／いびき

6) 皮膚・髪・爪

発疹・湿疹／にきび／アトピー性皮膚炎／じんましん／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥／皮膚のかゆみ
 皮膚が脂っこい／色素沈着 (しみ) / 脱色／目のくま／あざが出来やすい／皮下出血／いぼ
 毛が濃い／白髪／脱毛 (円形・全般に抜ける) / ふけ
 爪がもろい／爪の異常／皮膚が化膿しやすい

7) 婦人科系

子宮脱／性交痛／膣の乾燥／乳房の張り／会陰部の不快感／性生活 (週・月 [] 回)
 性生活 (したい・したいけど疲れて出来ない・したくない・ストレスになる・その他:)



8. ご家族や血縁関係のある方でご病気などをされた方がいらっしゃる場合、ご記入下さい。

(記入例 ご関係：祖父 疾患名：糖尿病)

(ご関係： 疾患名：)

(ご関係： 疾患名：)

(ご関係： 疾患名：)

9. 今までにかかった大きな病気などがあれば教えて下さい。

10. 薬物アレルギー なし・あり (薬品名：)

除去成分 なし・あり (成分名：)

* その他、妊活の為に取り組んでいる事、気になる事、ご不安な事などがあればお書き下さい。

ご記入お疲れ様でした。このシートに基づいて必要なアドバイスをさせていただきますね。
ありがとうございました。

*** 漢方外来受診時のお願い ***

- ・漢方相談の日には、舌と顔色を見せていただきますので、色の濃い食べ物（カレーなど）を避け、薄化粧でお越しください。
- ・基礎体温表をお持ちの方は、ご持参いただけると助かります。(ない場合は大丈夫です)