

問診表（男性用）

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。（書きたくないところは無理に書かなくて大丈夫です。）

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

ご住所 〒 _____ 電話 _____

メールアドレス _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

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場所があれば、教えて下さい。

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）

③ 普段から、服用されているおクスリや、サプリメントはありますか？

おクスリ： _____

サプリメント： _____

④ 次の質問にお答え下さい（該当する症状に○をしてください）。

- 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）
便の性状（普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便）
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) 射精の回数（週・月 _____ 回）
性欲について（あり・なし・あるけど疲れて失せる・あるけどできない・昔より減退した・
制欲はあるが射精しなくても平気・その他 _____）

⑤ご家族、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は、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:_____)

⑥現在の症状、ふだんの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)

- *暑がり／寒がり／冷える(全身・手・足・腹・腰・背・その他)／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_____)／汗が出ない／寝汗が多い
／汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他_____)
- ／体重増加／体重減少／過食／浮腫(むくみ)
／一日にとる水分量(何を:_____どの位:_____)
- *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
- *頭痛(ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他_____)／頭重／立ちくらみ
／めまい(回転性・非回転性)／ふらつき／車酔いしやすい／発作性の発汗
- *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・その他_____)
- *咳(空咳・痰がからむ)／痰(水のような・粘っこい・膿のような)
- *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
- *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／いびき
- *味がしない／味がおかしい／唇が乾く／口渇(水を飲みたい)／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
- *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／皮膚が脂っぽい／色素沈着(しみ)／脱色／目のくま／あざが出来やすい
／皮下出血／毛が濃い／白髪／脱毛(円形・全般に抜ける)／ふけ／いぼ／爪がもろい
／爪の異常／皮膚が化膿しやすい
- *痛み(腰・肩・背・ひざ・腕・手指・もも・足・その他_____)
／凝り(肩・背・首筋・腰・その他_____・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
- *頻尿(昼間)／夜間頻尿／尿がにごる／血尿／尿量減少／水を飲む割に尿が少ない
／すっきりと尿が出ない

⑦生活習慣についてお伺いします。

* 飲酒 飲まない：飲む場合、何を、どの位飲まれますか？（_____）

喫煙 しない・する（_____本/日）

間食（多い・少ない・食べない）食べるなら何が好きですか？（_____）

* 【甘い・辛い・苦い・酸っぱい・塩辛い】の中で、好きな物、嫌いな物を教えてください

（好き：_____ 嫌い：_____）

現在のストレスの状態はどの程度ですか？（多い・普通・少ない・分からない）

⑧今までにかかった大きな病気などがあれば、教えてください。

* 薬物アレルギー（なし・あり）（薬品名：_____）

* 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、必要なアドバイスさせていただきます。
ありがとうございました。