

年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日				職業	
		昭・平	年	月	日	才	
住所	〒				身長	体重	
	Tel ( ) -				cm	kg	

基本項目		実施した検査項目に○印を記入してください	
結婚 年目	避妊期間 (才~才)	<input type="checkbox"/>	経膈超音波による卵胞検査
妊娠 (回)	出産 (回)	<input type="checkbox"/>	卵巣の機能や内膜の状態を調べる血中ホルモン検査
基礎体温記録 (なし・あり)	特徴: ( )	<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影というX線検査
子宮内膜症 (なし・あり)	治療歴: 薬物治療 ( ) 手術 ( )	<input type="checkbox"/>	精液検査 (精子濃度、運動率、奇形率など)
多嚢胞性卵巣 ( )		<input type="checkbox"/>	性交後検査 (フーナーテスト)
高プロラクチン血症 ( )		<input type="checkbox"/>	抗精子抗体検査
その他 ( )			
月経に関する質問		これまでの産婦人科の治療歴	
初潮 才	月経周期 (ほぼ規則正しい 日周期 早く来る 遅れる 不規則)	<input type="checkbox"/>	タイミング療法
月経期間 (日間)	生理以外の出血 (有 無)	<input type="checkbox"/>	AIH (人工授精) ____回
月経色 (淡紅 紫紅 深紅 紫黒 淡紫)	月経質 (希薄 粘調 粘塊 塊)	<input type="checkbox"/>	HMG-HCG療法 ____回
月経量 (多 普通 少)	月経痛 (有 無 軽い 重い 前 中 後) 同時に (頭痛 腰痛 腹痛)	<input type="checkbox"/>	IVF-ET ____回
月経痛暖めると楽 (はい いいえ)	おりもの (有 無) 量 (多 少)	<input type="checkbox"/>	胚盤胞移植 ____回
色 (白色透明 黄色粘調 赤色 紫赤色)	生理前の症状は	<input type="checkbox"/>	顕微授精 ____回
排卵時期のおりもの (多 少)	乳房がはる・頭痛・腰が重い・腹が張る・便通悪化・イライラ・不眠・眠気 ムクミ (顔・まぶた・手・足) 食欲不振	<input type="checkbox"/>	その他 _____
全身の体調についての質問			
体質	丈夫 普通 腺病質 アレルギー体質 疲れやすい のぼせ症 汗かき 寝汗 冷え症 ( ) 浮腫 ( ) 弱い		
体型	普通 太っている (水肥り・脂肪肥り) 痩せている とても痩せている		
顔色	健康色 白い 青白い 赤い 黄色い 黒い シミがある 頬が赤い ニキビ ( )		
メンタル	楽天的 短気 弱い 神経質 憂うつ 気力低下 イライラ 不眠 (寝つき不良・眠りが浅い早く目覚める)		
大便	日 回 便秘 普通便 軟便 下痢 下痢便秘交互		
小便	日 回 夜間 回 尿色 (うすい・普通・濃い) 血尿 蛋白尿 糖尿 頻尿		
頭・首肩	頭痛 ( ) めまい ( ) 耳鳴り ( ) 首筋がこる 肩こり ( )		
喉・胸	動悸 (時々ある・よくある)	胸の圧迫感	のどがつかえる
食欲・胃	食欲旺盛	食事は美味しい	普通 小食 食欲減退 胃がもたれる 胃が痛む 嘔吐 吐き気
食事	好き嫌いが特にない 偏食がある 冷たい物を良く摂る 暖かい物を良く摂る 野菜が多い 肉が多い 甘いものが好き 果物が好き 外食が多い		
生活	労働 (出勤は 時~帰宅 時 通勤時間 分)	今飲んでいる薬・サプリメントがあれば	
	休日 ( ) 睡眠 (就床 時 起床 時) 運動 (ウォーキング・テニス・ゴルフ・水泳 ) 趣味 ( ) タバコ (すわない・ 1日 本) お酒 (飲まない・ 1日 ) その他	唇の色 : 淡白・白・暗紅・紅・ピンク 舌の状態:	

この問診表は、患者さんにとっての治療や、必要な情報の提供以外の事には使用いたしません。  
ただ、お客様の同意がある場合は、個人名が識別できない状態で、印刷物への掲載による開示をする場合があります。