

まこと鍼灸院問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	明・大・昭・平 西暦 年 月 日生
〒 ご住所	都道 府県
TEL 携帯	当院を知った きっかけ ・当院を直接見て ・インターネット ・ちらし ・その他()

下記の質問に、おわかりになる範囲でご記入ください

1 現在、辛い症状はございますか？ 何でも結構です。気になる症状をご記入ください。

(例 腰痛、肩こり、生理痛、冷え など)

2 1の症状はいつごろからですか？

3 過去に交通事故、骨折、脱臼など大きなケガや、手術の経験はございますか？

(例 5歳 ソケイヘルニアの手術 14歳 盲腸の手術 など)

4 内科的に具合の悪いところはございますか？

(例 心臓、腎臓、肝臓、胃腸、血圧、糖尿 など)

5 一般検査の結果で、異常が認められたものに○を付け、内容をご記入ください

詳しい内容がわからない場合は、○で囲むだけで結構です。

● BBT (基礎体温) [二相性 ・ 一相性 ・ 不安定]

● 経膈超音波検査

● 内分泌学的検査

卵胞期 (月経3~7日) D3~7

FSH LH PRL E2 P4

着床期 (排卵から7日目)

E2 P4

甲状腺ホルモン (TSH、T3、T4)

● クラミジア IgA、IgG ・ HSG (卵管造影) ・ 精液検査 ・ 帯下培養検査

● 経膈粘液検査 [フーナーテスト ・ 抗精子抗体 ・ 抗リン脂質抗体]

○をつけた項目の詳細もしくは、医師からの説明などご記入ください。

前述以外にも検査で異常反応がある項目があればご記入ください。

6 現在行っている治療、又は、過去に受けた治療の内容をご記入ください。

(例 ○年○月 ○○病院 体外受精(IVF) ○回 陰性)

7 現在の生理周期などご記入ください。

●現在周期 日周期 (例 25日~30日の間 など)

●出血量 [多い ・ 普通 ・ 少ない]

期間 約 日

●生理痛

[有 ・ 無]

●随伴症状はありますか？

(例、頭痛、めまい)

●PCOS (多のう胞性卵巣症候群)

[有 ・ 無]

●排卵誘発によるOHSS (卵巣過剰刺激症候群) を発症した事がございますか？

[有 ・ 無]

●有りの方 症状はいかがでしたか？

8 今後の治療の予定をお聞かせください

(例 ○月に体外受精を予定 など)

9 当院での治療に対するご希望などございますか？

(例 ○月に体外受精をするので、鍼灸で悪い所を治したい/採卵後、移植までにお休み周期があるので治療を受けたい 等)

まこと鍼灸院 TEL : 0424-84-9577 (予約制)

火-土曜日 10:00~21:00 (受付9:30~20:00)

祝祭日 10:00~17:00 (受付9:30~16:00) 休診日・月曜日

