



NO. _____

ACU-BEAUTE
TOKYO

初診日 年 月 日

【問診票】

ふりがな 氏 名		生 年 月 日	年 齢
		1 9 年 月 日	歳
ご 住 所	〒 —		
TEL		ご職業	
E — mail		ご結婚歴	未婚 ・ 既婚
ご来院のきっかけ	HP ・ ブログ ・ SNS ・ その他 ・ ご紹介 (様)		

◆日常生活について（該当するものに○、またはご記入お願いいたします。）

睡 眠	良く眠れる ・ 寝つきが悪い・眠りが浅い・途中目が覚める・夢を見る・時間が足りない 平均 時間睡眠 / 起床 時ごろ / 就寝 時ごろ / 不定期
ストレス	肉体的（快活・普通・疲れやすい） / 精神的（安定・ストレスを感じやすい） 薬の常用（なし ・ あり ・ 過去にあり）
運動習慣	なし・あり / ※ありの方（何を、どのくらい？） 汗（かきにくい ・ 普通 ・ かきやすい）
性 格	社交的・内向的・楽天的・悲観的・おおらか・神経質・その他（ ）
食 事	【朝】：食べない・食べる（少ない・普通・多い） / 自炊が多い ・ 外食が多い 【昼】：食べない・食べる（少ない・普通・多い） / 自炊が多い ・ 外食が多い 【夜】：食べない・食べる（少ない・普通・多い） / 自炊が多い ・ 外食が多い 【間食】：食べない・食べる（何を、どのくらい？） 栄養バランス：良いほう ・ 普通 ・ 悪いほう 水 分：水（ ℓ/日）・お茶（ ℓ/日）・コーヒー（ ℓ/日） その他
嗜 好	塩辛い・甘い・辛い・脂っこい・薄味・酸っぱい その他（ ） お 酒：飲まない ・ 飲む（週 回くらい） / 量（多い・少ない） タバコ：吸わない ・ 吸う（1日 本くらい）

◆現在のお身体の状態

身長 / 体重	cm / 約 kg	血 圧	高め ・ 普通 ・ 低め
既 往 歴	なし・あり	手術歴	なし・あり（部位、場所 ）
小 便	（約 回/日） / 就寝中トイレで目が覚める はい ・ いいえ		
大 便	大体（ ）日に（ ）回 / 便秘・硬い・普通・軟便・下痢・下痢便秘交互・その他		
胃 の 状 態	食欲：旺盛・ふつう・不振 / 胃痛：なし・あり（いつ、どの辺が ）		
アレルギー	花粉・アトピー・ハウスダスト・金属・その他	肝炎・HIV 既往	なし・あり
不 定 愁 訴	目の疲れ・頭痛・肩こり・腰痛・疲れやすい・むくみ・冷え（どこが ）・その他		

◆該当するものに○、またはご記入をお願いいたします。

①	卵巣機能不全 / 多嚢胞性卵巣 / 高プロラクチン血症 / 黄体機能不全 甲状腺機能 : 亢進 ・ 低下 (TSH : FT3 : FT4)	
②	卵管 (詰まり気味 ・ 閉塞 ・ 切除 ・ 癒着) クラミジア感染症・淋菌感染症 (あり ・ なし)	
③	子宮筋腫 : 大きさ (c m)、個数 (個) 子宮内膜症 : チョコレート嚢胞 (左/大きさ c m)、(右/大きさ c m) 子宮腺筋症 / 子宮奇形 / アッシャーマン症候群	
フナー検査		良好 ・ 不良
ご主人の精液検査		良好 ・ 不良 (結果 :)
その他		

月経周期	今日生理 () 日目 規則的 (約 日周期) 不規則 (20~40 日の間 ・ 2~3 か月に一度 ・ 6 か月以上なし ・ その他)
月 経	【出血期間】: () 日間 / そのうちしっかり出血は () 日間 【量・質】: 量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) 質 (赤色 ・ 暗赤色 ・ 黒っぽい茶色 ・ レバー状の塊) 【痛 み】: 気にならない ・ 強い ・ 非常に強い (鎮痛剤 あり ・ なし)
基礎体温	二相性 ・ 一相性 ・ ギザギザで不安定 ・ 不明
月経前症状	なし ・ あり ()
現在の薬の服用	なし ・ あり ()
漢方・サプリ	なし ・ あり ()
鍼灸治療経験	なし ・ あり (鍼灸院名 :)
妊活の為に取り組んでいること	()

◆不妊治療について

現在通院中ですか？	はい (病院名 :) いいえ
-----------	---------------------------------

◆これまでお受けになった治療について

	時期	回数	使用・服用した薬		備考
タイミング指導		回			
人工授精		回			
体外受精		採卵 回	移植 回	陽性 回	凍結残り 個

◆子供を授かりにくい自分なりの解釈があれば教えてください。

◆今後の治療の予定・希望 (自然妊娠 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ その他)
--

- ◆ 婦人科、不妊、不育でのこれまでの診断や治療歴をできるだけ詳しくお聞かせください。
人工授精、体外受精などの内容、血液検査の数値、薬名などもお分かりでしたらご記入ください。
鍼灸治療方針の参考となりますので、ご協力お願い申し上げます。

※ こちらの問診票3枚と治療データ等は、電子カルテに保存し、ご本人の鍼灸治療以外の目的で使用することは一切ございませんので、ご安心ください（守秘義務の厳守）

例) ○年○月○○クリニックにて タイミング指導
○年○月○○クリニックにて 分割胚移植 → 陰性
○年○月○○クリニックにて ○○と診断 → ○○を処方される など・・・

ご記入ありがとうございました。