初診日　　令和　　年　　月　　日

ID

担当治療師（　　）（　　）（　　）

フリガナ		男	生年月日		年齢
氏名			昭和・平成・令和		
		女	年　月　日		才
フリガナ					
住所	〒　　ー　　（ ※DM送付　可・不可 ）				
電話番号	（　　）　　ー	携帯番号	（　　）　　ー		
職業					

1. 当治療院をどこで知りましたか？（複数回答可）

・友人、家族からの紹介（ご紹介者様：　　様）　・近所で知っていた

・インターネット（ ・Instagram ・ しんきゅうコンパス ・ 治療院ホームページ ）・その他（　　）

2. 今までに受けたことのある治療法はありますか？

・マッサージ　・鍼灸　・接骨院　・整体　・カイロプラクティック　・アロマテラピー

・整形外科　・その他（　　）

3. 現在通院中の病院、または治療院はありますか？

・病院（　　科）・ 接骨院 ・ 鍼灸院 ・整体院 ・ カイロプラクティック

・マッサージ　・その他（　　）

4. 定期的な治療が必要な場合通院可能な頻度をお聞かせ下さい。

・1週間に（　）回くらい　・1ヶ月に（　）回くらい　・必要に応じて来院可能　・その他（　　）

5. 既往歴

・高、低血圧　・骨粗鬆症　・婦人科疾患(病名：　　)　・心臓疾患（病名：　　）

・アレルギー疾患（病名：　　）・血液疾患（病名：　　）・感染症（病名：　　）

・手術、大きなケガの経験がある（どこを？：　　）　・てんかん

・皮膚感染症（病名：　　）　・その他（　　）

6. 現在及びしばし起こる症状

頭痛　首・肩の痛み　腰痛　背中の痛み　重だるい(上半身/下半身/全身)　手足の痺れ　関節痛（肩・肘・膝）

目の疲れ　めまい　睡眠について(不眠/途中で起きる/夢を見る)　冷え性(手/足/お腹)　体温が低い(　℃)

身体が熱い　胃もたれ、胸やけ　食欲がない　吐き気　腹が張る　便秘　下痢　むくみ（朝/夕）

のぼせ　ほてり　発汗　イライラ　ストレス　不安感　倦怠感　顔色が悪い

排尿時のお悩み　お肌のお悩み（吹き出物/乾燥/脂性）　髪のお悩み（円形脱毛/抜毛/薄毛）

7. 妊活・不妊治療についてお伺いします。（複数回答可）

・(　　)年(　　)月　結婚　　・妊娠を希望し始めた時期（　　)年(　　)月頃
・パートナーの年齢（　　)歳

□不妊症で鍼灸治療院での治療はされたことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）
□現在、過去に病院で不妊治療を行ったことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）

〇はいとお答え頂いた方
・現在通院中、過去に通院したことのある病院を教えて下さい。
豊橋市民病院　つつじが丘ウィメンズクリニック　竹内ART　藤澤フラウエンクリニク
ARTみらい　アクトタワークリニック　浅田レディースクリニック　その他（　　）

・現在通院中の病院の初診の日にちを教えて下さい。
（　　)年（　　)月頃

□行ったことのある検査に〇をつけてください。
・卵管造影検査　・卵管通水検査　・経腟超音波検査　・各種ホルモン検査　・抗ミュラー管ホルモン検査（AMH）
・精液検査　・フーナーテスト　・その他（　　）

□不妊症の原因と考えられるものを教えて下さい。
・排卵因子（　排卵障害　・　高プロラクチン血症　・　多嚢胞性卵巣症候群　）
・卵管因子（　閉塞　・　狭窄　・　癒着　）
・子宮因子（子宮筋腫　・　子宮腺筋症　・　ポリープ　・　子宮内膜症　・　チョコレート嚢胞　・　子宮頸部異形成）
・頸管因子（　子宮頸管炎　・　子宮頸管からの粘液分泌異常　）
・男性不妊（　無精子症　・　奇形精子　・　精子不動症　・　乏精子症　・　ED　）
・原因不明　・その他　（　　）

□今まで行った治療を教えて下さい。
タイミング療法（　　）周期　人工授精（　　）周期
採卵回数（　　）回　⇒　授精方法：体外受精（　　）回　・　顕微授精（　　）回　・　移植（　　）回
（全て・一部）
凍結保存をしている胚の個数（　　）個
その他（　　）

8. 月経について教えて下さい。

・最終月経（　月　日　～　月　日　）
・月経周期　定期的（　　）日　不定期（　日～　日）
・月経期間　毎月同じ（約　　日）　不定期（約　日～　　日）
・経血量（　多め　・　普通　・　少なめ　）
・経質（赤色　・紫暗色　・黒っぽい・レバー状の塊・色が薄い）
・生理痛（非常に強い　・　強い　・　ややある　・気にならない）
⇓
痛みが一番強くなる時期（月経前　・　月経中　・　月経後）
・流産の経験はありますか？
いいえ　・　はい（回数：　　回、　　年　　月）

9. 現在服用されているお薬、漢方はありますか？

いいえ ・ はい （薬品名:　　）

10. 現在服用されているサプリメントはありますか？

いいえ ・ はい （サプリメント名:　　）

11. 嗜好品や運動などについて

アルコール（ 飲まない ・ 付き合い程度 ・ 毎日 ） タバコ（　　本/日 ・ 辞めた ・ 吸わない ）

甘いものについて（ 毎日食べる ・ 毎日では無いが食べる ・ あまり食べない ・ 食べない ）

運動について（ 週に　　回程 ・ 月に　　回程 ・ 毎日 ・ 気が向いたとき ・ していない ）

水分について（ とれている ・ とれていない ・ 分からない ）

12. パートナーについて教えて下さい。

・お仕事について

夜勤 （ ある ・ ない ） 残業 （ ある ・ よくある ・ たまにある ・ ない ）

・既往歴

（　　）

・現在服用されているお薬、漢方はありますか？

いいえ ・ はい （薬品名:　　）

・現在服用されているサプリメントはありますか？

いいえ ・ はい （サプリメント名:　　）

・嗜好品について

アルコール（ 飲まない ・ 付き合い程度 ・ 毎日 ） タバコ（　　本/日 ・ 辞めた ・ 吸わない ）

甘いものについて（ 毎日食べる ・ 毎日では無いが食べる ・ あまり食べない ・ 食べない ）

・運動について（ 週に　　回程 ・ 月に　　回程 ・ 毎日 ・ 気が向いたとき ・ していない ）

・妊活、不妊治療について話し合いができていますか？ （ はい ・ いいえ ・ どちらとも言えない ）

◎その他、気になること、ご質問、ご要望があればご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。

ご記入頂きました氏名・住所などの個人情報は個人の同意無く第三者に提示することはありません。