※ 初診の方はこちらの問診票をA４用紙にプリントして、あらかじめご記入の上、
診察日にお持ちください。片面プリントで印刷してください（両面印刷はご遠慮ください）

※「初診でご来院の方へ」も必ずお読みください。

ふりがな		職業		生年月日	昭和 平成 年 月 日 （ ）才		
氏 名	男 女						
住 所	〒 電話					身長	cm
						体重	kg
一番なおしたいこと				今迄に罹った大きな病気			
家族歴	父（ ）才 健 病 死（病名 ） 母（ ）才 健 病 死（病名 ）		配偶者（ ）才 健 病 死	アレルギー（食物・薬 等） 無・有（ ）			
現在、他の病院に通院している人に	病院名 治療中（ ） 診断名 服用中（ ）			今迄に服用した漢方薬 無・有（ ）			
症状 （特にひどいものを◎ 当てはまるものを○ で囲んでください）	頭	頭痛、 頭重、 頭に何かかぶさった感じ、 めまい、 立ちくらみ、 のぼせる、 ふけがでる					
	目・耳・鼻	目が疲れる、かすむ、視力低下、耳鳴、くしゃみ、鼻水がでる、涙がよくでる、鼻がつまる					
	のど・口	のどが渇く （お茶や水をガブガブ飲む、ふつうに飲む、口を湿らす程度） のどが痛む、 口が苦い、 生つばがたまる、 咳、 痰					
	首・肩・背中	首が凝る、 肩が凝る、 背中が凝る					
	胸	胸苦しい、 しめつけられる、 息切れ、 胸痛、 動悸					
	胃	胸やけ、 みずおちがつかえる、 ゲップ、 はきけ、 嘔吐 空腹時・食後2時間位に胃が（痛む、 不快感、 重苦しい）					
	腸	腹が張る、 ガスが多い、 腹鳴、 腹痛、 食後眠くなる					
	手足・腰	手足が痛む、 足がだるい、 しびれる、 ふるえる、 冷える、 ほてる、 むくむ、 腰痛					
	体質	疲れ易い、 胃腸が弱い、 風邪をひき易い、 暑がり、 寒がり、 アレルギー体質 汗かき、 寝汗を書く、 貧血、 しもやけができ易い、 冷房に弱い					
	性格	怒り易い、 驚き易い、 いらいらする、 神経質、 精神不安					
	睡眠	よく眠れる、 不眠、 寝つきが悪い、 眠りが浅くすぐ目がさめる					
	大便	（ ）日に（ ）回位、 硬い、ふつう、軟い、下痢、便秘、痔がある					
	小便	１日に（ ）回位、 夜間に（ ）回位、 1回量が 多い、 ふつう、 少ない					
	婦人科	生理（順・不順・無）、（ ）日間、量（多い・ふつう・少ない） 生理痛がある、帯下がある、閉経（ ）才、 車に酔う、 生あくびをする					
	結婚	未婚 ・ 結婚後（ ）年 子供（ ）人、 自然流産（ ）回、 人工流産（ ）回					
食 欲	盛ん、 ふつう、 余りない、 体重減少						
好んで食べる物	甘いもの、 塩からいもの、 辛いもの、 酸いもの、 油こいもの、 肉（牛 ・ 豚 ・ 鶏） 魚、 野菜、 海草、 卵、 牛乳、 菓子、 果物（特に ）						
嗜好品 水 分	日本酒、 ビール、 ウイスキー、 焼酎 １日（ ） タバコ１日（ ）本 コーヒー、紅茶１日（ ）杯 ジュース類１日（ ）杯 お茶または水１日（ ）杯 牛乳１日（ ）杯						

玄 和 堂 診 療 所

※ 不妊のご相談の方は、こちらの問診票もご記入ください。
（更年期障害等、婦人科系のご相談の方も、上部枠内 症状欄までご記入ください）

※ 基礎体温をつけている方は基礎体温表もお持ちください。

氏 名		最終月経 ／ ～ ／	初潮　　年　　月	結婚　　年　　月　　日 （　　）才
妊 娠 歴	妊娠（　　）回　最終分娩（　　才）　最終流産（　　週　　才）　最終人工流産（　　週　　才）			
卵管検査	良好　　ゆ着（　左 ・ 右　）　　閉塞（　左 ・ 右　）　　卵管水腫　　未検			
症 状	冷え性　　寒がり　　暑がり　　手掌・足の裏がほてる　　手があれる　　指紋がきえる　　しもやけ 顔がほてる　　口唇乾　　立ちくらみ　　めまい　　生あくび　　車に酔う 胃腸の状態（普通　　胃弱　　下痢し易い）　　食後の嗜眠　　下腹部が張る　　寒い日に腹が痛む			
夫の 生年月日	年　　月　　日 生 （　　）才	夫の職業	精液検査　（正常 ・問題あり・未検）　量＿＿＿ml 数＿＿＿／mℓ 運動率＿＿＿%　奇形率＿＿＿% フーナーテスト　（ 良好 ・ 不良 ・ 未検 ）	

＊これからの不妊治療について現時点でのお考えをお聞かせください。

1．漢方薬服用のみで自然妊娠を希望

2．将来、人工授精を考えている

理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．将来、高度生殖医療（体外受精・顕微授精・他）を考えている

理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4．その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊今までに行った不妊・婦人科系に関しての治療歴・診断・検査・結果などをお書きください。

※子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫などは必ず記載してください。

・タイミング法　＿＿＿回　排卵誘発剤　無・有（　　）

・人工授精（AIH）＿＿＿回

・体外受精　　採卵　＿＿＿回　　IVF（体外受精）＿＿＿回　　顕微授精　＿＿＿回

（年月日）

当院をどのようにして知りましたか。　紹介（医療関係・友人・知人）著書・雑誌・インターネット・その他

玄 和 堂 診 療 所