

No.

年 月 日

子宝相談カード（女性用）

※下線部はご記入、「」内は○をつけてください

氏名 _____ 年齢 _____ 歳（ 年 月生まれ）

住所 〒 _____ 電話番号 _____

・結婚 _____ 年（避妊 _____ 年） ・流産 _____ 回 ・中絶 _____ 回 ・分娩 _____ 回 （子供 _____ 人）
・身長 _____ cm ・体重 _____ kg （BMI = _____） ・ダイエット歴「有・無」

■月経について伺います

・初潮 _____ 歳 ・月経周期 _____ ～ _____ 日 ・月経期間 _____ 日 ・最多出血日 _____ 日目
・経血の量「多い・少ない・普通」 ・色「淡紅・鮮紅・暗紅」・質「普通・粘稠・水っぽい・血塊あり」
・生理痛「無し・軽い・ときどきある・酷い」 → 酷い人は「 _____ 歳頃から・鎮痛剤名 _____ を服用」
・月経前の不快な症状は？
「イライラ・落ち込み・不安・頭痛・眠気・むくみ・下痢・便秘・胸の張りや痛み・下腹部痛や張り」

■帯下（おりもの）について伺います

・排卵期の帯下（透明で粘稠）量「普通・多い・少ない」 ・日数「3日以上・3日未満」
・黄色い帯下「粘り気・臭い」 ・その他気になれば _____

■病院の診断

・子宮筋腫 ・子宮内膜症、チョコレート嚢腫 ・卵巣嚢腫 ・子宮腺筋症 ・クラミジア「有・無」
・多嚢胞性卵巣 ・高プロラクチン血症 ・その他 _____

■病院の検査

・血液（ホルモン値）検査 _____ ・子宮内膜の厚さ _____ ・子宮卵管造影 _____
・フューナーテスト（性交後試験） _____ ・超音波検査 _____
・その他 _____

■既往歴、その他病気の治療歴

・不妊治療 _____ 年 ・ホルモン剤、排卵誘発剤名 _____
・タイミング法 _____ 周期 A I H（人工授精） _____ 回 I V F（体外受精） _____ 回 I C S I（顕微授精） _____ 回
問題点「精液・採卵・受精・分割・着床」 ・その他 _____
・甲状腺機能「低下・亢進」

■夫婦生活について

・性交渉「 _____ 回／週 ・ _____ 回／月 ・ほとんどなし」 ※次ページに続く

■生活習慣

・起床_____時～就寝_____時 ・タバコ「吸う・吸わない」・お酒「飲む・飲まない」 ・コーヒー_____杯/日

■現症状について、当てはまれば○をつけてください。

- ・腰痛 ・性欲低下 ・寒がり ・手足の冷え ・トイレが近く尿が透明 ・水っぽいオリモノ
- ・手足が火照る ・のぼせ ・口の渇き ・尿が黄色い ・便秘 ・寝汗
- ・疲れやすい ・食欲不振 ・軟便、下痢気味 ・風邪をひきやすい ・めまい、立ちくらみ
- ・怒りっぽい、イライラ ・ため息、不安感、憂うつ ・月経前に下腹や乳房が張痛 ・ゲップやオナラ
- ・肥満 ・浮腫み ・頭重感 ・吐き気 ・だるい
- ・肩こり ・生理痛 ・生理前後の頭痛や腹痛 ・排卵痛 ・経血に血塊が混じる
- ・その他不快な症状は？_____

◆どのような点でお悩みですか？（例：卵の質が悪い、着床しない、内膜が薄い・・・）

◆現在服用している健康食品やお茶、漢方薬はありますか？

■ご主人について

・年齢 _____ 歳 ・嗜好品「タバコ・お酒・コーヒー」 ・精液検査の結果 _____

・その他ご記入ください _____

◆当治療院を知ったきっかけは（☑を入れてください）

☐ 知人の紹介（ご紹介者 _____） ☐ パソコンのホームページ ☐ スマホのホームページ
☐ ブログ ☐ Facebook ☐ 新聞や雑誌 ☐ ツイッター ☐ その他 _____

◆当治療院よりニュースレターやお葉書をお送りしても良いですか？（☑を入れてください）

☐ 送付可 ☐ 封書のみ可 ☐ 不可

※ご予約当日は「基礎体温表」、「病院の検査結果」をお持ちください。心よりお待ちしております。