

問 診 表

漢方医学では自覚症状がきわめて大切な情報となります。

お手数ですが是非ご協力下さい。（書きたくないところは無理に書かなくて大丈夫です。）

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 基礎体温 低温期 _____ °C・高温期 _____ °C (判らない場合空白で大丈夫です)

① 今までの不妊治療の経過を、教えてください。

② ご自身の体調や体質で気になるところがあれば、教えてください。

その症状はどのような時に悪くなりますか？（季節、天候、時間帯、月経との関連等）

③ 普段から、服用されているおくすりや、サプリメントはありますか？

おくすり： _____

サプリメント： _____

④次の質問にお答え下さい（該当する症状に○をしてください）

- 1) 食欲（良い・普通・低下・ない・自分で制限している）
- 2) 睡眠（良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢をみる）
- 3) 便____回／日 便通（普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる）
便の状態（普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便・すっきりしない）
残便感（なし・あり）腹痛（なし・あり）お腹のはり（なし・あり）
お腹にガスがたまる（なし・あり）下剤の服用（なし・あり）下剤での腹痛（なし・あり）
- 4) 尿____回／日 夜寝てからトイレに起きる なし・あり（____回）
尿の色（普通・薄い・濃い）残尿感（なし・あり）排尿時痛（なし・あり）
- 5) 投薬なしでの月経（あり・なし）、初潮____歳
月経期間（__日間）月経周期（__日から__日周期）（順調・遅れる・早まる・一定しない）
月経痛（なし・月経開始前・前半・後半）／鎮痛剤の服用（なし・あり）
月経量（普通・少ない・多い）不正出血（なし・あり）
排卵期のおりものの増加（なし・あり）排卵期以外のおりもの（普通・少ない・多い）
おりものの異常があればお書き下さい（_____）
月経に関連した不調（なし・月経開始前・月経中・その他の時期____頃）
不調がある場合の症状（イライラ・むくみ・頭痛・腹痛・その他_____）

⑤生活習慣についてお伺いします。

- 1) 飲酒 飲まない・飲む（何を、どの位飲まれますか？_____）
喫煙 しない・する（__本／日）間食（多い・少ない・食べない）
食べるなら何が好きですか？（_____）
- 2) 【甘い・辛い・苦い・酸っぱい・塩辛い】の中で、好き・嫌いな物があれば教えて下さい
（好き：_____ 嫌い：_____）
- 3) 食事傾向：好きな物に○、嫌いな物に×をつけて下さい。
（肉・魚・揚げ物・白ご飯・麺類・和食・洋食・野菜・果物・温かい物・冷たい物
・洋菓子・和菓子・おつまみ）
毎日のおおまかなメニューを教えてください。
朝：_____
昼：_____
夕：_____

⑥現在の症状、体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○, 著しく該当する場合は◎をつけてください)

- 1) 暑がり／寒がり／冷える (全身・手・足・腹・腰・背・その他) ／のぼせ／冷えのぼせ／眠気が強い／風邪をひきやすい／疲れやすい (全身・足・腕・その他) ／体が重い (全身・腰・膝・足・腕・その他) ／だるい (全身・腰・足・腕・その他) ／汗をかきやすい (全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他) ／汗が出ない／寝汗が多い／体重増加／体重減少／過食／拒食／浮腫 (むくみ) ／一日にとる水分量 (何を: _____ どの位: _____)
- 2) 不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい／神経過敏 (驚きやすい) ／忘れっぽい／記憶障害
- 3) 車酔いしやすい／発作性の発汗／発作性の熱感 (ホットフラッシュ)
- 4) 頭痛 (ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他 _____) ／頭重／めまい (回転性・非回転性) ／立ちくらみ／ふらつき
- 5) 胸が苦しい (圧迫感・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい・鈍痛)
- 6) 咳 (空咳・痰がからむ) ／痰 (水のような・粘っこい・膿のような)
- 7) 食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／げっぷ／嘔吐／胸焼け／悪心・吐き気／少し食べると腹が張って食べられない／胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感／食べ物が胸につかえる／腹痛 (上腹・下腹・移動性) ／腹がゴロゴロする／おならがよくでる
- 8) 視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目の充血／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい
- 9) 耳鳴／耳閉感／難聴／くしゃみ／鼻汁 (水のような・粘っこい) ／鼻づまり／後鼻漏 (鼻汁がのどに落ちる) ／鼻出血／いびき
- 10) 味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇／口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／歯痛／のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ

1 1) 発疹・湿疹／にきび／アトピー性皮膚炎／じんましん／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥／
皮膚のかゆみ／皮膚が脂っぽい／色素沈着（しみ）／脱色／目のくま／あざが出来やすい／
皮下出血／毛が濃い／白髪／脱毛（円形・全般に抜ける）／ふけ／いぼ／爪がもろい／
爪の異常／皮膚が化膿しやすい

1 2) 痛み（腰・肩・背・ひざ・腕・手指・足・その他_____）／
こり（肩・背・首筋・腰・その他_____）／
こる場合の場所（一点が痛い・全体がこっている）／
しびれ（腕・手指・もも・足・その他_____）／ほてり（手のひら・足の裏・その他_____）
／筋力低下

1 3) 子宮脱／性交痛／膣の乾燥／乳房の張り／会陰部の不快感／性生活（週・月____回）／
性生活に関して（したい・したいけど疲れて出来ない・したくない・ストレスになる・
その他_____）

1 4) 頻尿（昼間）／夜間頻尿／尿がにごる／血尿／尿量減少／水を飲む割に尿が少ない／
すっきりと尿が出ない

⑦ご家族、血縁関係のある方で、ご病気などをされた方がいらっしゃる場合は、ご記入下さい。

(記入例 ご関係:祖父 疾患名:糖尿病) (ご関係:_____ 疾患名:_____)

(ご関係:_____ 疾患名:_____)(ご関係:_____ 疾患名:_____)

⑧今までにかかった大きな病気などがあれば、教えて下さい。

*薬物アレルギー なし ・ あり (薬品名: _____)

⑨ その他、妊娠の為に取り組んでいる事、気になる事、ご不安な事などがあればお書き下さい。

ご記入お疲れ様でした。このシートに基づいて、必要なアドバイスをさせていただきますね。
ありがとうございました。

漢方薬剤師 住吉 忍