

ID _____

トツモエしんきゅう

妊活サポート鍼灸問診票

年 月 日

氏名	(ふりがな)	住所	〒		
	様				
生年月日	年 月 日	年齢： 歳	身長 cm	体重 kg	
電話番号	— —	ご職業	鍼灸を受けた ことが (ある・ない)		

夫またはパートナーの年齢 歳

これまでにかかった病気や怪我とその時の年齢についてご記入下さい。(例：左腕骨折26歳)

当てはまるものに○をつけて下さい

食事について

- ・食欲がない
- ・甘いものをよく食べる
- ・間食をよくする
- ・食欲はあるが小食
- ・食事の時間が不規則
- ・アルコールを飲む
- ・食欲が旺盛
- ・朝ご飯を食べない
- ・外食が多い

お通じについて

- ・便秘気味 (日に1回)
- ・便秘気味
- ・便秘気味
- ・下痢気味
- ・下痢気味
- ・コロコロとした便がでる
- ・毎日出るがすっきりしない

尿について

- ・一日にだいたい (回) トイレに行く
- ・夜間トイレに行くことが (ある・ない)

睡眠について

- ・寝つきが悪い
- ・眠りが浅い
- ・夢を見る
- ・寝起きが悪い
- ・日中眠くなる
- ・食後すぐ眠くなる
- ・寝汗をかく

その他について

当てはまるものに○をつけて下さい

- ・暑がりである
- ・寒がりである
- ・手足冷える
- ・手のひらや足の裏がほてる
- ・目が疲れやすい
- ・乾燥肌
- ・よくこむら返りになる

月経等について

①初めての月経時の年齢は _____ 歳

②一番最近の月経は 月 日 から 日間

③直近数ヶ月の月経開始日がわかる方はご記入下さい。

【 月 日、 月 日、 月 日 】

④月経の周期は約 日周期

⑤月経の期間 _____ 日間

