

# 漢方薬注文用紙

申込日 年 月 日

漢方薬	上質生薬	¥15,000	<input type="checkbox"/>
	高級生薬追加 <b>オススメ!</b>	¥20,000	<input type="checkbox"/>
	高級生薬追加+増量	¥25,000	<input type="checkbox"/>

フリガナ			
氏名			
生年月日	明大 昭平	年 月 日	性別 男 女
配送先住所	〒 都道 府県		
電話番号		携帯番号	
症状			

※代金引換手数料および送料無料  
※代金は配達員に直接お支払いください  
3営業日以内に製造し発送いたします。

調合・製造・販売 東京漢方堂薬局

〒168-0074東京都杉並区上高井戸1-8-26  
TEL 0120-414-156 FAX 03-6379-8666

治療院名

担当

# 問診票

お名前

記入日 年 月 日

該当するものに○をして、書ける範囲、わかる範囲でご記入をお願い致します。全てを記入する必要はありません。

1. お誕生日 (S・H・西暦 年 月 日 ( 歳))
2. ご結婚は 歳の時
3. 出産経験はありますか。(なし・ある( 人))
4. 生理時以外で自覚症状のある身体の状態  
手足の冷え / むくみ / こり / 頭痛 / 痛み  
その他 (
6. 家事について  
全て一人でこなしている / 家族に協力してもらっている
5. 現在の生活環境についてお伺いします。(お仕事の方は勤務形態、業務内容などを簡単にご記入ください。)  
専業主婦 / 休職中 / 仕事と家事の両方  
(

## ◆ご主人のことについてお伺いします。

1. ご主人のお誕生日 (S・H・西暦 年 月 日 ( 歳))
2. ご主人の不妊治療歴 (なし・ある →
3. ご主人について、(仕事が忙しい / 徹夜続き / 疲れやすい / その他 (
4. ご主人の治療が必要な場合は、(受けられる / 難しい / わからない )

## ●不妊治療についてお伺いします。

1. 今までに不妊治療をされたことがありますか (ない・ある)
2. 不妊治療はいつ頃から始められていますか ( 年 月頃より・今回初めて)
3. 1. で「ある」とお答え頂いた方にお伺いします。
  - a. 不妊治療された病院、治療院のお名前を可能な範囲でご記入をお願いします。  
(
  - b. 治療はどのような内容でしたでしょうか。  
漢方薬 / 鍼 / 灸 / 整体 / マッサージ  
AIH(人工授精) 回 / IVF(体外受精) 回 / ICSI(顕微授精) 回 / (その他 →
  - c. 採卵について (
  - d. 精子の状態、数について (
  - e. 治療後の経過について着床しない、流産してしまうなど気になることをご記入ください。  
(

## ●基礎体温について

1. 基礎体温は測っていますか。(測っている・測っていない)
2. 基礎体温はきれいな二層のグラフになりますか  
二層になる / 二層にならない / なる時とならない時がある / わからない)
3. 基礎体温を測ったのは、いつ頃から何か月分ですか  
直近 ヶ月分 / 年 月頃～ ヶ月分
4. 高温期の口中の体温は、37℃前後  
(ある・ない( °C)・わからない) 低温期口中体温( °C)
5. 基礎体温の計測時と同時に測った時の脇下体温(深部体温)は、37℃前後  
(ある・ない( °C)・わからない) 低温期脇下体温( °C)

～～～ 2枚目にもご記入をお願いいたします。 ～～～

記入日 年 月 日

●生理について

1. 生理は規則正しくありますか。(正しく来ない / 正しく来る( \_\_\_\_\_日周期))
2. 生理になっている期間( \_\_\_\_\_日間)
3. 排卵はありますか。(ある / ない / わからない)
4. 生理時の毎回の経血量について  
いつも同じ / 普段から(多い・少ない) / 以前より(多い・減った) / わからない  
その他( \_\_\_\_\_)
5. 生理期間中は体が不調になりますか(なる / ならない)
6. 不調に「なる」と答えた方へ  
生理中の不調はいつ頃から症状が始めますか( 初日～ / \_\_\_\_\_日目頃から)  
頭痛 / 腹痛 / イライラ、不安感 / 全身のこわばり  
その他( \_\_\_\_\_)
7. 血の塊が出たり血液の色について気になることは( ない / ある → \_\_\_\_\_ )
8. 生理の前後で感じる身体の状態について  
時期: 生理前 / 生理後 / 生理前後 / 特にない  
症状: おりものの量 / 頭痛 / 腹痛 / イライラ、不安感 / 怒りっぽい / 肌荒れ / 便秘 / 下痢  
乳房や下腹部が張る / 腰痛 / むくみ  
上記で○の症状は、具体的にどのような感じですか  
( \_\_\_\_\_ )
9. 初潮があったのは何歳ですか(わかる範囲で) \_\_\_\_\_歳( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月)
10. 直近の生理期間 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ まで

●既往歴

1. 不妊治療、不妊治療以外も含めて今までにお医者さんで診断されたことのある病名(治療中も含む)  
子宮筋腫 / 多嚢性卵巣症候群(PCOS) / 卵巣嚢腫 / 子宮内膜症  
チョコレート嚢腫(嚢胞) / 受精卵が育たない / 卵管閉塞  
がん(乳がん・子宮頸がん・その他→( \_\_\_\_\_ ))  
肝炎 / リウマチ / アトピー / 糖尿病 / アレルギー( \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_)
2. 流産されたことはありますか。( ない / ある場合は状況をご記入ください。 )  
( \_\_\_\_\_ )
3. 過去の手術歴( なし / ある → 手術した場所 \_\_\_\_\_ )
4. 手術を受けた時期 ( \_\_\_\_\_ 年頃 / \_\_\_\_\_ 歳頃 )

■お薬について

1. 不妊治療、不妊治療以外も含めて、現在飲まれているお薬はありますか  
(お医者さんで処方された薬剤名・薬局で購入している分も含む)  
排卵誘発剤(クロミッドetc) / 黄体ホルモン・卵胞ホルモン・副腎皮質ホルモン / 解熱鎮痛薬  
下剤 / 甲状腺ホルモン(チロナミン・チラージンetc) / 漢方薬 / 胃薬  
その他( \_\_\_\_\_ )

< 病院などの検査結果で、異常の出ている数値(不妊治療に関わらず)がありましたらご記入ください。 >