

不妊治療問診票【男性用】 総合はり治療1 記入日 年 月 日

※わかる範囲でお答えください お名前

■ 不妊歴 年 月 ■ 結婚歴 年 月

■ 奥様の妊娠の経験(複数選択可)

妊娠経験なし  流産・早産の経験あり  子宮外妊娠の経験あり  
 いわゆる二人目(三人目)不妊  その他( )

■ 流産したことは 自然流産  ない  ある( 年 月前)  
人工流産  ない  ある( 年 月前)

■ 不妊について現在あなたが受診している医療機関は  ない  ある

医院名( ) 年 月頃より

検査されましたか  しない  した( 年 月頃)

医師からの説明は  検査中  異常あり  異常なし  不明

不妊原因  男性側  女性側  夫婦両方  原因不明

医師から指摘されていることがありますか？(複数選択可)

精子の数が少ない(具体的に程度や数値など聞いていれば: )

精子の運動が少ない(具体的に程度や数値など聞いていれば: )

精索静脈瘤またはその疑いを自分で感じる(陰嚢部に重圧感や痛みを感じる)

慢性前立腺炎  射精障害・性交障害・勃起不全など

原因不明と言われている  染色体異常【鍼灸治療不適應です】

閉塞性無精子症(造精機能には問題ない)【鍼灸治療不適應です】

女性側因子( )

その他に医師から指摘されていることがありますか

■ 不妊治療について

タイミング法  ない  ある( 回)

人工授精  ない  ある( 回)

体外受精  ない  ある( 回)

その他( )

今後の予定はありますか？

■ 薬を飲んでいますか？(漢方薬を含む) どのような薬ですか？

■ 妊娠しやすい体づくりのために何かやっていることがありますか？

(食事、運動、衣服、生活、サプリメント…等、何でも書いてください)

この線で切り取ってください。

この線で切り取ってください。

© Senrido All rights reserved

無断で複写したり転載等しないでください。

不妊治療問診票【男性用】 総合はり治療2

お名前 \_\_\_\_\_

■ 体質について伺います。(複数回答可)

- コリ・張り(首・肩・背中・腰・その他 \_\_\_\_\_ )
- 暑がり                       寒がり                       疲れやすい
- よく頭痛がある               汗をあまりかかない       汗かき
- 緊張しやすい                 ストレスを感じる
- その他( \_\_\_\_\_ )

■ たばこ     吸わない               吸う( 1日 \_\_\_\_\_ 本 )

■ 酒             飲まない               飲む( 毎日・時々 )

■ 嗜好     茶       コーヒー  辛味     甘味     油物     野菜

肉       魚       果物     その他( \_\_\_\_\_ )

■ 食欲    食事回数 1日 \_\_\_\_\_ 回

旺盛                       普通                       ない

■ 間食     多い                       時々                       しない

■ 睡眠    1日約 \_\_\_\_\_ 時間 ( \_\_\_\_\_ 時頃 ~ \_\_\_\_\_ 時頃 )

よくねる                   ねつきが悪い           眠りが浅い

早朝に目が覚める

■ 便通:小 1日 \_\_\_\_\_ 回・約 \_\_\_\_\_ 時間おき

:大  毎日ある                   毎日ない( \_\_\_\_\_ 日に1回 )

■ 運動     よくする                   時々                       しない

内容( \_\_\_\_\_ )

頻度( 月・週 \_\_\_\_\_ 回 )

■ 入浴     シャワーのみ           湯船につかる( 毎日・時々 )

■ その他気になることがありましたらお書きください

この線で切り取ってください

この線で切り取ってください。

© Senrido All rights reserved

無断で複写したり転載等しないでください。