

住所 〒

氏名 () 生年月日 年 月 日

主な病歴

主な薬歴

主訴および気になる症状

今までの治療の経過などあれば教えてください

1 病院での不妊治療に関する検査は受けられましたか？ 受けた 受けていない

2 1で検査を受けた患者さんで何か異常があったものがあれば書いてください

検査項目例、子宮頸がん、子宮体がん、子宮内膜症（チョコレート膿腫、子宮腺筋症）、卵巣嚢腫、子宮筋腫、子宮内ポリープ、多のう胞性卵巣、高プロラクチン血症、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症※男性不妊の場合は精索静脈瘤、乏精子症、精子無力症など

3 現在飲まれているお薬・漢方薬・サプリメントあれば書いてください

4 疲れやすいですか？ はい いいえ

5 汗はかきやすいですか？ はい いいえ

その部位はどこですか？ どういうときにかきますか？

6 冷え性がありますか？ある場合その部位を教えてください はい いいえ

身体全体 手足 腰から下 足 足先 その他 ()

7 のどは乾きますか？

乾く 乾かない 乾くけど水分はあまりとらない 乾かないけれども水分はある程度取る

8 食欲はありますか？ はい いいえ

9 胃もたれや胃痛はありますか？ はい いいえ

10 便秘・下痢はありますか？

便秘（硬い便） 便秘（普通便） その他（
軟便 泥状便 下痢（匂いあり） 下痢（匂いなし）

11 トイレは近いですか？ 近い 遠い

12 尿の色は 透明 薄い黄色 濃い黄色

13 むくみはありますか？ はい いいえ

その部位はどこですか？ 足 顔 体全部 その他

14 めまい・立ちくらみはありますか？ はい いいえ

クラクラするめまい ふわふわするめまい ぐるぐるするめまい

15 貧血はありますか？ はい いいえ

16 痔はありますか？ はい いいえ

切れ痔 イボ痔 痔瘻

17 よく眠れますか？

途中で起きる 寝入りが悪い 全く眠れない 夢を良くみる その他（
生理について聞かせてください ※男性の場合は未記入でお願いします

18 生理周期は

19 生理の期間は

20 生理の量は

21 生理の時に塊はでますか？

22 生理痛は

23 生理前の症状は

24 その他、病院で特に問題はなかったけれども気になっている症状などはありますか？

ex 生理の周期がだんだん長くなってきている 生理の量がだんだん減ってきている