

問診表（男性用）

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 _____

ご住所 〒 _____ 電話 _____

メールアドレス _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

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場所があれば、教えて下さい。

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）

③ 普段から、服用されているおクスリや、サプリメントはありますか？

おクスリ： _____

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）
便の性状（普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便）
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) 射精の回数（週・月 _____ 回）
性欲について（あり・なし・あるけど疲れて失せる・あるけどできない・昔より減退した・
制欲はあるが射精しなくても平気・その他 _____）

⑤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:_____)

⑥現在の症状、ふだんの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)

- *暑がり/寒がり/冷える(全身・手・足・腹・腰・背・その他) / 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_____) / 汗が出ない/寝汗が多い
/汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他_____)
- *体重増加/体重減少/過食/浮腫(むくみ)
/一日にとる水分量(何を: _____どの位: _____)
- *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
- *頭痛(ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他_____) / 頭重/立ちくらみ
/めまい(回転性・非回転性) / ふらつき/車酔いしやすい/発作性の発汗
- *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・その他_____)
- *咳(空咳・痰がからむ) / 痰(水のような・粘っこい・膿のような)
- *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
- *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
- *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
- *味がしない/味がおかしい/唇が乾く/口渇(水を飲みたい) / 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
- *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
- *痛み(腰・肩・背・ひざ・腕・手指・もも・足・その他_____)
/凝り(肩・背・首筋・腰・その他_____・一点が痛い・全体が凝っている)
/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
- *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生活習慣についてお伺いします。

* 飲酒 飲まない：飲む場合、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？（_____）

* 【甘い・辛い・苦い・酸っぱい・塩辛い】の中で、好きな物、嫌いな物を教えてください

（好き：_____ 嫌い：_____）

現在のストレスの状態はどの程度ですか？（多い・普通・少ない・分からない）

⑧今までにかかった大きな病気などがあれば、教えてください。

* 薬物アレルギー（なし・あり）（薬品名：_____）

* その他、妊活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、必要なアドバイスさせていただきます。

ありがとうございました。

薬剤師 国際中医専門員 住吉 忍

薬剤師 森田 博美

薬剤師 浅井 直子