

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 ヶ月 ■ 結婚歴 年 ヶ月

■ 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 ヶ月前)
人工流産 □ない □ある( 年 ヶ月前)

■ 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【鍼灸治療不適合です】
□閉塞性無精子症(造精機能には問題ない)【鍼灸治療不適合です】
□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。

© 2018 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。

© 2018 Senrido All rights reserved

無断で複写したり転載等しないでください。

健康チェック表(男性用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_

- 1 ( ) 耳なりがする。
- 2 ( ) めまいがする。
- 3 ( ) 胃の具合が悪い。
- 4 ( ) 突然、冷汗が出る事がある。
- 5 ( ) 下痢、あるいは便秘をする。
- 6 ( ) 急に体が熱くなったり、冷めなくなったりする。
- 7 ( ) 吐き気があったり、吐いたりする。
- 8 ( ) 手足が冷える。
- 9 ( ) 足がだるい。
- 10 ( ) 仕事をする、すぐ疲れて、ぐったりする。
- 11 ( ) 息苦しくなる事がある。
- 12 ( ) 動悸がする事がある。
- 13 ( ) 緊張すると汗をかいたり震えが出たりする。
- 14 ( ) ちょっとしたことでも感情を害しやすい。
- 15 ( ) 顔が急にほてる。
- 16 ( ) 物事を急がなければならない時、頭が混乱する。
- 17 ( ) 一つの事に集中しようとしても、うまくいかない。
- 18 ( ) 物事を決める時、なかなか決心がつかない。
- 19 ( ) 人に批判や注意を受けると、とても気にする方だ。
- 20 ( ) よそで食事をするのは、落ち着かず、辛い。
- 21 ( ) わずかなことも心配になってしまう。
- 22 ( ) 人から神経質だと言われた事がある。
- 23 ( ) よく考えて物事をするのではなく、思い立ったら、すぐに行動に移すタイプだ。
- 24 ( ) 頭が重い感じや、頭痛がある。
- 25 ( ) 胸がおさえつけられるような感じがある。
- 26 ( ) 最近、食が進まない。食欲が出ない。
- 27 ( ) 同じ仕事を長時間続けるとイライラしてくる。
- 28 ( ) 自分の健康は気にする方だ。
- 29 ( ) 目が疲れやすい。
- 30 ( ) 寝つきがわるく、眠ってもすぐ目を覚ましやすい。
- 31 ( ) 寝つきはよいが、夜中や早朝に目を覚ましやすい。
- 32 ( ) 喉がつまるような感じがある。
- 33 ( ) 朝起きたときに体がだるい、または午前中だるい。
- 34 ( ) 自分の人生がつまらなく感じる。
- 35 ( ) 物忘れをする。
- 36 ( ) 夢をよくみる。
- 37 ( ) 胃痛がある(食事 or 空腹時)。
- 38 ( ) 痩せすぎ、あるいは太りすぎが気になる。
- 39 ( ) 肩や首筋がこる。
- 40 ( ) 腰や背中が痛くなる。
- 41 ( ) 手足に痛みやしびれがある。
- 42 ( ) 朝、手足がこわばる。
- 43 ( ) 朝、手足がむくむ。
- 44 ( ) 寝汗をかく。
- 45 ( ) 咳が止まらないことがある。
- 46 ( ) 天候の変化で体調が変化しやすい。
- 47 ( ) 性欲のおとろえを感じる。
- 48 ( ) 最近、妻とのスキンシップが少なくなった。

○: 常にある  
△: 時々ある  
×: 気にならない

この線で切り取ってください。