

年 月 日

No. _____

不妊症専用カルテ



フリガナ お名前	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	結婚年数 年
住所 〒 ー	TEL			
ご職業	何人目のお子様の不妊治療ですか？			
当院をどのようにお知りになりましたか？ 広告・HP・ご紹介 その他（ ）	当院を選んだ理由（いくつでもかまいません） ①近いから ②治療費が比較的安い ③女性鍼灸師 ④HPの内容を見て納得した ⑤不妊治療の専門的 イメージがあるから ⑥その他（ ）			
婦人疾患・不妊症について、病院でどのように診断されましたか？（病名・いつ頃）				
病院で行われた不妊治療方法 （○をつけてください）	期間	回数	病院名	
①タイミング法	～	回		
②人工授精（AIH）	～	回		
③体外受精（IVF）	～	回		
④顕微授精（ICSI）	～	回		
婦人病疾患 無 有 いつ 病名 処置（手術など）	病院で見つけた異常のあった検査項目を お書きください。		ご主人について（わかる方のみ） 精子の運動率 精子の数	
出産経験 無 有（いつ頃）	流産経験 無 有（いつ頃）			
生理痛 無・有 生理周期 日 生理日数 日 高温期（最近の周期） 日	生理前症候群 PMS 無 有（具体的に） （ ） 胃腸が弱い 無・有 下痢しやすい 無・有 冷え性 無・有 便秘しやすい 無・有			
鍼灸の経験は 無・有（いつ頃）、通った回数（ ）				
漢方についてのご質問 ①今現在漢方を飲んでいる方は方剤名をお書き下さい（ ） ②これから漢方を併用したい方で、漢方についてのアドバイスをご希望しますか 無・有				



桃仁堂中医鍼灸院

