

卵子栄養療法外来問診票

お名前 _____ 生年月日 _____ 年__月__日(歳) 職業 _____

【卵子栄養療法について】

① 卵子栄養療法外来を受診される理由

- ・不妊治療をしているが妊娠しない
- ・自然妊娠を望んでいるが妊娠しない
- ・将来の妊娠に備え体を整えたい
- ・妊娠に関係なく不調を改善したい
- ・その他 (_____)

② 卵子栄養療法をどこでお知りになりましたか？

- ・家族や知人から
- ・インターネット
- ・書籍
- ・セミナー
- ・その他 (_____)

③ 当院の卵子栄養療法は分子整合栄養医学に基づいて実施します。分子整合栄養医学についてご存知ですか？

- ・セミナーや講義で勉強したことがある
- ・本を読んだ
- ・インターネットで調べた
- ・友人や家族から聞いた
- ・名前だけは知っている
- ・よく知らない
- ・全く知らない

④ 卵子栄養療法は自費診療です。診察代・検査代の他にサプリメントの料金がかかります。受診についてご主人や家族の方の了解を得ていますか？

はい _____ いいえ _____

【現病歴・既往歴・家族歴】

現在治療中の病気はありますか？内科・婦人科およびそれ以外の科についてすべてお書きください

病名 _____ 通院中の病院名 _____ 西暦 _____ 年__月__日から

病名 _____ 通院中の病院名 _____ 西暦 _____ 年__月__日から

病名 _____ 通院中の病院名 _____ 西暦 _____ 年__月__日から

生まれてから現在まで病気の治療をしたり手術を受けたりしたことはありますか？

_____ 歳の時 _____ の治療を受けた 手術(あり・なし)

_____ 歳の時 _____ の治療を受けた 手術(あり・なし)

血縁のある家族の病気について出来るだけ詳しくお書きください(例 父 糖尿病 など)

アレルギー ない ある 薬(_____) 食べ物(_____)

その他(_____)

喫煙 吸わない 吸う(_____ 本/日) 以前吸っていた(_____ 歳まで 本/日)

飲酒 飲まない 飲む(_____ を _____ 週 回 ml・本・合/日)

【月経・妊娠など】

初経 ____歳 月経周期 ____日型(順・不順) 出血の持続____日間

月経量 (多量 ・ 中等量 ・ 少量)

月経前の症状 (ある ・ ない) [具体的に:]

月経時の症状 (ある ・ ない) [具体的に:]

妊娠歴

妊娠したことがある 妊娠したことはない

ある方 出産____回____歳の時 (自然分娩・帝王切開)

____歳の時 (自然分娩・帝王切開)

妊娠合併症 (ない ・ ある(詳しく))

流産____回____歳の時

子宮外妊娠 (ない ・ ある) 人工妊娠中絶 (ない ・ ある)

不妊治療歴 ない

ある (タイミング法 人工授精 ホルモン療法 体外受精・顕微授精 その他())

結婚歴 結婚年齢____歳 (西暦____年____月____日) 結婚していない

婚約中 事実婚 離婚歴 (なし ・ あり)

【生活全般】

同居している家族全員について構成も含めてお書きください

(例: 義母(歳) 夫(歳) 長女(歳) など)

仕事をしていますか? はい いいえ

はいの方 勤務時間 週に 日 時から 時 または1日 時間

普段の生活で辛い・しんどいと思うことはありますか?

いいえ はい(具体的に)

生活で困っていることはありますか?

体調で困っていることはありますか?

現在サプリメントを服用されていますか (具体的に)

栄養療法用のサプリメントの服用について不安はありますか? 何でもお書きください(自由記述)

治療に希望されることや質問したいことはありますか(自由記述)