

日

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	□大正□昭和□平成 年 月 日 誕生
住所 〒	電話番号 携帯アドレス	

☆既往歴について教えてください。レ点でチェックしてください。

□排卵障害 □卵巣機能不全 □黄体機能不全 □PCOS □LUF □卵管障害（通過、閉塞）

□子宮筋腫 □子宮内膜症 □高プロラクチン血症 □甲状腺機能（亢進、低下）

□その他（ ）

□ない

☆基礎体温はどのような状態ですか？

□二相性（低温期と高温期がはっきり分かれている）

□一相性（低温期と高温期の差が分かりにくい）

□ギザギザ不定

☆月経周期

□一定（約 日） □不定期（□20～40日の間 □2～3ヶ月に一度
□半年以上こない □無月経 ）

☆出血期間（ 日）

☆月経量

□多い □普通 □少ない

☆月経血の質

□赤色 □暗赤色 □黒っぽい茶色 □レバー状の塊 □その他

☆月経痛

□非常に強い □強い □あまり気にならない

☆排卵期のおりもの

□多い □普通 □少ない □その他（ ）

☆便の状態についてお聞きします。

大便→ 日に 回

□便秘 □硬い便 □普通便 □軟便 □下痢 □下痢と便秘を繰り返す

□その他（ ）

☆胃の状態についてお聞きします。

食欲 □旺盛 □不振

痛む □空腹時 □食後 □異常なし

☆冷えはありますか？

□ある→ □手先 □お腹 □腰 □お尻 □膝から下 □足首から下

□ない、感じない

☆アレルギーはありますか？

□ある→具体的に（ ）

□ない

ご協力ありがとうございました。