

体質チェックフォーム

FAX 番号：048-577-8246

※番号違いにご注意ください

基本情報（★は必須項目）

■お名前（漢字）★	ふりがな
■生年月日★	西暦 年 月 日 生まれ
■性別★	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
■身長・体重★	cm kg
■ご住所★	〒 都・道 府・県
■メールアドレス（PC用・フリーメール可）★	
■電話番号★	— —
■現在のお悩み、治療経過、今後のご希望などをお書きください★	
■病院・クリニックでの診断名があればお書きください。	
■今までかかったことのある病気（病名）	
■現在服用中の薬・サプリメントがあればご記入ください。	

生理に関するご質問

■周期・期間	周期（ ）日 期間（ ）日
■経血量	
■生理痛	

精子検査に関するご質問

■精子検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
-------	---

不妊治療に関するご質問

■結婚して何年経ちますか	年
■分娩の回数	回
■高度治療の回数	人工受精（ ）回 体外受精（ ）回 顕微授精（ ）回
■検査結果 （当てはまるものすべてにチェック）	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> チョコレートのう腫 <input type="checkbox"/> 多のう胞卵巣 <input type="checkbox"/> 多のう胞性卵巣症候群 <input type="checkbox"/> 卵管癒着 卵管閉塞 <input type="checkbox"/> ヒューナーテスト異常あり <input type="checkbox"/> 抗精子抗体 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 陽性
■上記以外の検査（ホルモン検査等）に異常値があればご記入ください	例：卵胞ホルモン・黄体ホルモン・卵胞刺激ホルモン・プロラクチンなど。

体調・日常生活について

■ 体格	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> やせ型 <input type="checkbox"/> 筋肉質 <input type="checkbox"/> ぽっちゃり型
■ 顔色	<input type="checkbox"/> 健康色 <input type="checkbox"/> 白い <input type="checkbox"/> 黄色い <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 青黒い <input type="checkbox"/> その他 ()
■ 全体	<input type="checkbox"/> 腺病質 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> むくむ <input type="checkbox"/> 冷え症 <input type="checkbox"/> 多汗症 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> アレルギー体質
■ 血圧	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い 最高 () mmHg 最低 () mmHg
■ 性質	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 精神不安 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 気が沈む
■ 頭	<input type="checkbox"/> 頭重 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> のぼせ <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> もやもやする
■ 目	<input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 黄色い <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 涙目 <input type="checkbox"/> 視力減退
■ 耳・鼻	<input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻汁
■ 口	<input type="checkbox"/> 渇く <input type="checkbox"/> 粘る <input type="checkbox"/> 苦い <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏
■ 舌苔	<input type="checkbox"/> 白い <input type="checkbox"/> 黄色い <input type="checkbox"/> 黒い <input type="checkbox"/> 無い
■ 首・肩・背	<input type="checkbox"/> 首筋がこる <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 背部痛
■ 胸・脇	<input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 胸苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> ぜいぜいする <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 息切れ
■ 食欲はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
■ 胃	<input type="checkbox"/> 胃痛（空腹時） <input type="checkbox"/> 胃痛（食後） <input type="checkbox"/> 胃痛（夜間） <input type="checkbox"/> つかえる <input type="checkbox"/> 重苦しい <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 嘔吐
■ 腹	<input type="checkbox"/> 膨満感 <input type="checkbox"/> 冷える <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 力が入らない
■ 手足・腰	<input type="checkbox"/> 冷える <input type="checkbox"/> はれる <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> 重い
■ 皮膚	<input type="checkbox"/> 痒い <input type="checkbox"/> 乾燥する <input type="checkbox"/> 荒れる <input type="checkbox"/> シミ赤い
■ 便秘	() 回 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 軟い <input type="checkbox"/> においがきつい <input type="checkbox"/> スッキリ出ない
■ 尿	() 回 <input type="checkbox"/> 夜間尿 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 尿タンパク <input type="checkbox"/> 血尿 夜間尿：() 回
■ 嗜好品	タバコ () 本/1日 コーヒー () 杯/1日 酒（種類・量） () 【例】ビール 350ml 日本酒 2合

パートナーについて

■ お名前	ふりがな
■ 生年月日	西暦 年 月 日 生まれ
■ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
■ 身長・体重	cm kg
■ 嗜好品	タバコ () 本/1日 コーヒー () 杯/1日 酒（種類・量） () 【例】ビール 350ml 日本酒 2合
■ その他なにかあればご記入ください。	

個人情報等の取り扱いに関して

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、同意にチェックを入れて頂きますようお願い申し上げます。

- 個人情報の利用目的について 升屋栄貫堂薬局（以下弊社）は、お客様からご提示いただいた情報（以下、「個人情報等」といいます）を、当サービスご提供のためにのみ利用させていただき、お客様の承諾なく、他の目的には利用いたしません。
- 個人情報の第三者提供について 弊社でお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。
①お客様の事前の承諾を得た場合
②業務委託会社に対して、お客様に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報等の取扱いを委託する場合
③法令の定めにより提供を求められた場合
- 個人情報の開示等について 弊社は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、お客様ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。

同意します（★必須項目）