

여성질환 예비 진단표

1. 기본정보 (Basic Information)

성명 (Name)		생년월일 (Date of Birth)	
나이 (Age)		직업 (Occupation)	
키 (Height)		몸무게 (Weight)	
혈압 (Blood Pressure)		결혼 여부 (Marital Status)	
전화번호 (Phone Number)		이메일 (Email Address)	

2. 오늘 가장 불편한 증상은 무엇입니까? (Chief Complaint)

☐ 난임 (Infertility)	☐ 생리통 (Painful Periods)
☐ 생리불순 (Irregular Periods)	☐ 무월경 (Absent Periods)
☐ PCOS	☐ 자궁근종 (Fibroids)
☐ 자궁내막증 (Endometriosis)	☐ 난소낭종 (Ovarian Cyst)
☐ 반복유산 (Recurrent Miscarriage)	☐ 갱년기 증상 (Menopause)
☐ 질건조증 (Vaginal Dryness)	☐ 성욕감소 (Low Libido)
☐ 기타 (Other) _____	

3. 가장 힘든 증상은 무엇입니까?(Describe your symptoms.)

언제부터 시작되었습니까? (When did it begin?)	
------------------------------------	--

통증 정도(Pain Scale)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. 생리력 (Menstrual History)

첫 생리(Age at first period)	___세	최근 생리 시작일 (First day of last menstrual period (LMP))	
---------------------------	------	--	--

평균 생리주기(Average cycle length)

☐ 21 일 ☐ 28 일 ☐ 35 일 ☐ 불규칙

생리기간(Duration)

___일

출혈량(Flow)

☐ 적음 ☐ 보통 ☐ 많음

혈괴(Blood clots)

☐ 없음 ☐ 조금 ☐ 많음

생리통(Pain)

☐ 없음 ☐ 약함 ☐ 중간 ☐ 심함

5. 임신력 (Pregnancy History)

임신 경험(Number of pregnancies)		출산(Number of births)	
유산(Miscarriages)		낙태(Abortions)	
제왕절개(Cesarean Sections)			

6. 난임 관련 질문 (Fertility)

임신 시도 기간(How long have you been trying to conceive?)

☐ 6 개월 이하 ☐ 6~12 개월 ☐ 1~2 년 ☐ 2 년 이상

배란검사(Ovulation Test)		
☐ 정상	☐ 불규칙	☐ 안 해봄

IVF 경험(IVF History)	☐ 없음 ☐ 있음
몇 회?(How many cycles?)	
IUI 경험	☐ 없음 ☐ 있음

7. 검사 결과(Recent Fertility Test Results)

AMH		FSH	
LH		Estradiol (E2)	
Progesterone		TSH	
Prolactin		AFC	
Vitamin D			

8. 현재 진단받은 질환(Medical Diagnosis)

☐ PCOS	☐ Endometriosis
☐ Adenomyosis	☐ Fibroids
☐ Diminished Ovarian Reserve	☐ Premature Ovarian Insufficiency
☐ Thyroid Disease	☐ Diabetes
☐ Hypertension	☐ Autoimmune Disease
☐ Other _____	

9. 현재 복용 중인 약(Current Medications)

10. 복용 중인 건강보조제(Supplements)

☐ Prenatal Vitamin	☐ Vitamin D	☐ CoQ10
☐ DHEA	☐ Omega-3	☐ Inositol
☐ Iron	☐ Magnesium	☐ Herbal Medicine
Other _____		

11. 생활습관 (Lifestyle)

흡연(Smoking)	☐ No ☐ Yes
음주(Alcohol)	☐ No ☐ Occasionally ☐ Frequently
커피(Coffee)	☐ 없음 ☐ 1 잔 ☐ 2 잔 ☐ 3 잔 이상
수면(Sleep)	___시간
운동(Exercise)	☐ 거의 안함 ☐ 주 1~2 회 ☐ 주 3~5 회 ☐ 거의 매일

12. 스트레스(Stress Level)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. 소화상태 (Digestive Health)

☐ 식욕이 좋다	☐ 식욕이 없다	☐ 더부룩하다
☐ 가스가 많다	☐ 변비	☐ 설사
☐ 속쓰림		

14. 대변(Bowel Movements)

☐ 하루 1 회	☐ 대변을 몇일에 몇번	☐ 변비
☐ 설사	☐ 불규칙	

15. 소변(Urination)

☐ 정상	☐ 자주 본다
☐ 야간뇨 (자다가 몇번을 화장실에 가시나요)	☐ 잔뇨감

16. 체온(Hands and Feet)

☐ 항상 차갑다

☐ 따뜻하다

☐ 열이 많다

17. 여성 증상

☐ 질건조

☐ 냉이 많다

☐ 냄새

☐ 가려움

☐ 성교통

☐ 성욕감소

☐ 유방통

18. 한의학 변증 체크 (TCM Pattern Screening)

☐ 피로하다

☐ 쉽게 지친다

☐ 추위를 많이 탄다

☐ 손발이 차다

☐ 얼굴이 창백하다

☐ 얼굴에 열감이 있다

☐ 밤에 땀이 난다

☐ 입이 마른다

☐ 화가 많다

☐ 두통

☐ 어지럽다

☐ 어깨가 뭉친다

☐ 허리가 아프다

☐ 복부가 차다

☐ 부종

☐ 잠이 안 온다

☐ 불안하다

19. 혀 사진 (Tongue Diagnosis)

Please upload a photo of your tongue before eating or brushing your teeth.(아침 공복에 혀 사진을 촬영하여 보내주세요.)

20. 기초체온표 (BBT)

If available, please upload your Basal Body Temperature Chart.

21. 검사자료 업로드(Please upload any available documents.)

- Blood Test Results
- IVF Reports
- Semen Analysis
- Ultrasound Reports
- HSG
- Operative Reports

22. 원하는 치료 목표 (Treatment Goals)

☐ 임신	☐ 생리통 감소
☐ 생리주기 정상화	☐ 난소기능 향상
☐ 착상률 향상	☐ IVF 성공률 향상
☐ 갱년기 증상 개선	☐ 호르몬 균형 회복
☐ 체중감량	☐ 기타 _____

23. 추가로 알려주실 내용

Additional Information