

## 〔ID 〕 問診票

診察時の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな 氏名	性別 男・女	体温 ℃
生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳	
住所 〒	電話 — —	携帯 — —

◆ 本日は、どのようなことで来院されましたか。また、症状がありましたらお書きください。

◆ いつ頃からお気づきになりましたか。

( ..... 日前 ・ ..... 月前 ・ ..... 年前 )

◆ 今日までどのような経過ですか。最も適当な経過に「✓」を入れてください。

 あまり変わらない 日によって程度が違うが、続いている だんだんひどくなってきた だんだん良くなっているが、気になる

◆ 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。( はい・いいえ )

※「はい」の場合、薬の名前がわかりますか。

◆ 今までに大きな病気をしたことや手術を受けたことがありますか。( ある・ない )

※「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか。

◆ 今までに薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか。( ある・ない )

※「ある」の場合、どのような症状でしたか。

◆ 煙草を吸いますか。 はい・いいえ・やめた( ..... 年前 )

※「はい」の場合 ( ..... ) 年前から吸っており、最近では平均1日( ..... ) 本吸っている

◆ お酒を飲みますか。 はい・いいえ・やめた( ..... 年前 )

※「はい」の場合 ( ..... ) 年前から飲んでいる  
最近では平均1日( ビール・日本酒・ウイスキー ) を( ..... ) 本・合・杯 飲んでいる

◆ ご家族や親戚の方で、次のような病気にかかったことのある人がいらっしゃいますか。

病名に「☑」を入れ、( ) 内に、父・母・兄弟・父方祖父・父方祖母などをご記入ください。

 心臓病 ( ..... ) 糖尿病 ( ..... ) 高血圧 ( ..... ) 脳卒中 ( ..... ) 結核 ( ..... ) 肝疾患 ( ..... ) 突然死 ( ..... ) 癌 ( ..... )

◆ あなたの身長・体重は、身長( ..... ) cm、体重( ..... ) kg

※ 最近の体重は 増えている ・ 減っている ( ..... ヶ月で、 ..... kg)

◆ 女性の方にお聞きます。妊娠している可能性は、( ある・ない )

◆ 何を見て当院にいらっしゃいましたか。

 チラシ ホームページ 看板 その他( ..... )

◆ ご来院の際に、タクシーをご利用になる場合はございますか。

ある ・ ときどきある ・ ない

(ID

)

## 漢方問診票

診察時の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな

氏名

当てはまる症状に☑を入れてください。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 熱                | <input type="checkbox"/> 41 口の中が塩からい      |
| <input type="checkbox"/> 2 のぼせ性             | <input type="checkbox"/> 42 口の中がねばっこい     |
| <input type="checkbox"/> 3 冷え性              | <input type="checkbox"/> 43 のどに何かつかえる感じ   |
| <input type="checkbox"/> 4 手足が冷える           | <input type="checkbox"/> 44 せき・たんが出る      |
| <input type="checkbox"/> 5 急に暑くなったり寒くなったりする | <input type="checkbox"/> 45 胸が苦しい、痛む      |
| <input type="checkbox"/> 6 汗をかきやすい、寝汗をかく    | <input type="checkbox"/> 46 動悸がする         |
| <input type="checkbox"/> 7 頭痛、頭が重い          | <input type="checkbox"/> 47 みぞおちのあたりが痛む   |
| <input type="checkbox"/> 8 肩や背中がこる          | <input type="checkbox"/> 48 みぞおちに何かつかえる   |
| <input type="checkbox"/> 9 めまい・立ちくらみ        | <input type="checkbox"/> 49 おなか（腹）が痛む     |
| <input type="checkbox"/> 10 髪が抜ける、フケが多い     | <input type="checkbox"/> 50 下腹が張る、ガスが溜まる  |
| <input type="checkbox"/> 11 鼻水・鼻がつまる        | <input type="checkbox"/> 51 腹鳴りがする        |
| <input type="checkbox"/> 12 吹出物             | <input type="checkbox"/> 52 耳鳴りがする        |
| <input type="checkbox"/> 13 顔がむくむ           | <input type="checkbox"/> 53 眼が疲れる、眼がかすむ   |
| <input type="checkbox"/> 14 手足がむくむ          | <input type="checkbox"/> 54 眼が充血する、涙が出る   |
| <input type="checkbox"/> 15 体や手足がだるい        | <input type="checkbox"/> 55 寝つきは良い        |
| <input type="checkbox"/> 16 疲れやすい           | <input type="checkbox"/> 56 寝つきは悪い        |
| <input type="checkbox"/> 17 もの忘れがひどい        | <input type="checkbox"/> 57 すぐ目が覚める       |
| <input type="checkbox"/> 18 イライラすることが多い     | <input type="checkbox"/> 58 よく夢を見る        |
| <input type="checkbox"/> 19 腰が重い、腰が痛む       | <input type="checkbox"/> 59 驚きやすい、よく不安になる |
| <input type="checkbox"/> 20 関節が痛い           | <input type="checkbox"/> 60 月経は順調         |
| <input type="checkbox"/> 21 手足がしびれる         | <input type="checkbox"/> 61 月経は不順         |
| <input type="checkbox"/> 22 大便是硬い           | <input type="checkbox"/> 62 月経は閉経した       |
| <input type="checkbox"/> 23 大便是軟らかい         | <input type="checkbox"/> 63 期間は長い         |
| <input type="checkbox"/> 24 大便是ちょうどよい       | <input type="checkbox"/> 64 期間は短い         |
| <input type="checkbox"/> 25 下痢しやすい          | <input type="checkbox"/> 65 血の塊が出ることもある   |
| <input type="checkbox"/> 26 便秘しやすい          | <input type="checkbox"/> 66 血の塊が出ることはない   |
| <input type="checkbox"/> 27 小便是よく出る         | <input type="checkbox"/> 67 おりものがある       |
| <input type="checkbox"/> 28 小便是少ない          | <input type="checkbox"/> 68 おりものはない       |
| <input type="checkbox"/> 29 口が渇く            | <input type="checkbox"/> 69 生理痛がひどい       |
| <input type="checkbox"/> 30 のどが渇く           | <input type="checkbox"/> 70 生理痛がない        |
| <input type="checkbox"/> 31 水やお茶をよく飲む       | <input type="checkbox"/> 71 痛むのは下腹        |
| <input type="checkbox"/> 32 食欲は良い           | <input type="checkbox"/> 72 痛むのは腰         |
| <input type="checkbox"/> 33 食欲は普通           |   |
| <input type="checkbox"/> 34 食欲はない           |   |
| <input type="checkbox"/> 35 食事をするとすぐ眠くなる    |   |
| <input type="checkbox"/> 36 飲食物は温かいものが好き    |   |
| <input type="checkbox"/> 37 飲食物は冷たいものが好き    |   |
| <input type="checkbox"/> 38 口の中がにがい         |   |
| <input type="checkbox"/> 39 口の中が甘い          |   |
| <input type="checkbox"/> 40 口の中がすっぱい        |   |

