

〔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・令和 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・ウィスキー) 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 (月 月 で、 kg)

◆ 女性の方にお聞きします。妊娠している可能性は、(ある ・ ない)

◆ 何をみ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 ()

◆ お薬が処方された場合、お薬手帳用シールを希望しますか。(※お薬手帳をご希望の方は、受付にお伝えください)

1. いいえ 2. はい

◆ 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 □の中が塩からい |
| <input type="checkbox"/> 2 のぼせ性 | <input type="checkbox"/> 42 □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 □が濁く | <input type="checkbox"/> 69 生理痛がひどい |
| <input type="checkbox"/> 30 のどが濁く | <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 □の中がにがい | |
| <input type="checkbox"/> 39 □の中が甘い | |
| <input type="checkbox"/> 40 □の中がすっぱい | |

