

# 問診表

出やすい症状をいくつでも○で囲んでください。

ふりがな											
氏名	_____				性別	【 男性 ・ 女性 】					
生年月日	_____	年	_____	月	_____	日	( _____ 歳)	身長	_____ cm	体重	_____ kg
住所	〒 _____										
電話番号	_____			携帯番号	_____			職業	_____		

※ご希望の診療をお選びください。

- 保険診療（漢方エキス剤）  自由診療（オーダーメイド煎じ薬および鍼灸治療）  
 先生の判断にお任せ

最も気になる症状（治療を受ける目的） \_\_\_\_\_ いつ頃から？ \_\_\_\_\_

思い当たる原因は？ \_\_\_\_\_

特につらくなる時期は？

- ・不規則 ・一年中 ・疲れたとき ・冷えたとき ・雨の日 ・梅雨時
- ・乾燥 ・春 ・夏 ・秋 ・冬 ・季節の境目 ・クーラー ・入浴後
- ・午前 ・午後 ・夜 ・明け方 ・起床時 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

家族構成

- ・未婚 ・既婚 ・離別（生 死） 子供 \_\_\_\_\_ 人 ・別居

家族歴（血縁者の主な病気） ・アレルギー疾患 ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・ガン  
・リウマチ ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

入院歴 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 \_\_\_\_\_

以前にかかった病気 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 \_\_\_\_\_

現在治療中の病気 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 \_\_\_\_\_

※現在服用中のお薬（ \_\_\_\_\_ ）

アレルギー歴 食べ物で具合が悪くなったことがありますか？ ・なし  
・あり（ \_\_\_\_\_ ）

次ページへ続きます

当てはまるものをいくつでも○で囲んでください

お酒 : 週に \_\_\_\_\_ 回 / 種類・量 \_\_\_\_\_

タバコ : 1日 \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 歳から

普段1日にコップ1杯以上飲むのは

お茶 ・健康茶 ( \_\_\_\_\_ ) ・牛乳 ・コーヒー ・ジュース類 ・炭酸類 ・水  
これまでに飲んだ漢方薬 ( \_\_\_\_\_ )

(食 欲) ・あり ・あまり食べない ・無理に食べる ・ふつう ・食べ過ぎ ・間食する  
・よく食べるもの : 甘い物 ・果物 ・塩辛い物 ・油っこい物 ・インスタント  
・できあいのお総菜 ・乳製品 (ヨーグルト チーズ) ・外食

(睡 眠) ・良い ・ふつう 就寝 \_\_\_\_\_ 時頃 ・起床 \_\_\_\_\_ 時頃  
・ねつきが悪い ・寝が浅い ・途中で覚醒 ・早めに覚醒 ・多夢 ・悪夢  
安定剤や睡眠薬を使う 薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 頻度 ( \_\_\_\_\_ )

(尿) ・よく出る ・ふつう ・出にくい ・量が少ない  
・回数が少ない ・回数が多い 夜間尿 \_\_\_\_\_ 回 ・尿の後すぐ眠れない

(便 通) 症状 : すっきりバナナ状 ・ふつう ・硬い ・コロコロ ・軟便 ・下痢  
・はじめは硬く最後ゆるい ・腹痛を伴う 1日に \_\_\_\_\_ 回 / \_\_\_\_\_ 日に1回  
・下剤を使う 薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 頻度 ( \_\_\_\_\_ )

積極的に運動をしていますか ・はい ・いいえ  
散歩 ・プール歩行 ・アクアビックス ・体操教室 ・ゴルフ ・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
1回 \_\_\_\_\_ 分 週に \_\_\_\_\_ 回

〈一般状況〉

- ・風邪をひきやすい ・喉が痛くなりやすい ・疲れやすい ・動作がおっくう
- ・食後眠い ・食後だるい ・むくみやすい ・雨の日やその前日に体調が悪くなる
- ・湿度が高いと体調が悪くなる ・ふらつき ・めまい ・立ちくらみ ・ためいき
- ・ゆううつ ・不安 ・焦り ・おびえやすい ・驚きやすい ・怒りっぽい
- ・イライラ ・情緒不安定 ・のぼせ ・冷えのぼせ ・過労気味 ・運動不足
- ・ストレスがたまっている ・あつがり ・冷たいものを好む ・さむがり ・ねあせ
- ・温かいものを好む ・こむらがえり ・心配事がある又は最近あった
- ・ショックなことがある又は最近合った ・口喉が渇く ・水分をよくとる ・生活が不規則
- ・汗が多い 場所 (手 ・ 足 ・ 脇の下 ・ 首から上 ・ 上半身 ・ 全身)
- ・家族に、介護や看護の必要な老人や病人がいる

次ページへ続きます

(女性のみ 月経)

- ・規則的    ・不規則\_\_\_\_\_日くらいずれる (早くなる ・ 遅れる)
- ・月経がとぶ    ・月経がいつくるかわからない    ・\_\_\_\_\_歳でとまった
- ・月経に関して痛みがある

痛い場所\_\_\_\_\_ 頻度 ひどい    ・    軽い

月経の前\_\_\_\_\_日間位    月経中\_\_\_\_\_日位    排卵期\_\_\_\_\_日位

- ・妊娠中 (    週    ヶ月)    授乳中

こり	(首 ・ 肩 ・ 背中 ・ 腰 ・ その他)	)
痛み	(手 ・ 足 ・ 肩 ・ 膝 ・ 腰 ・ その他)	)
しびれ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)	)
だるい	(腕 ・ 足 ・ 腰 ・ 全身 ・ その他)	)
ふるえ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)	)
ピクピクする	(目 ・ 手 ・ 足 ・ 顔 ・ その他)	)
冷え	(手 ・ 足 ・ 腰 ・ 腹 ・ 背中 ・ 全身 ・ その他)	)
ほてり	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)	)
かゆみ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ 全身 ・ その他)	)
関節のはれ	(肘 ・ 手首 ・ 指 ・ 膝 ・ 足首 ・ その他)	)
身体の違和感	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)	)

その他 気になる症状があればお書きください

当院を選択した理由 (いくつでも)

知人・家族の紹介 (紹介者 \_\_\_\_\_)

他院からの紹介 (紹介医院 \_\_\_\_\_)

インターネット    新聞    雑誌    テレビ

自宅から近い    勤務先が近い    その他

この用紙は、当院での医療に関する事のみ利用させていただきます。

### 個人情報の取り扱いについて

当院が皆様の個人情報を収集する場合、診療・看護および皆様の医療に関わる範囲でのみ行います。その他の目的に個人が特定される情報を利用する場合は利用目的を予めお知らせし、ご了承を得た上で実施いたします。

また当院は、皆様の個人情報について、正確かつ最新の状態を保ち、皆様の個人情報の漏洩、紛失、破壊、改ざんまたは皆様の個人情報への不正なアクセスを防止することに努めます。