



中醫問診表

我院有保險診療及自費治療，請從下列項目中選擇。

希望用保險顆粒劑 希望用自費的湯藥及針灸等治療 接受醫生推薦的治療方案

病歷號	初診	年	月	日
姓名	性別	婚否 (已/未)	有小孩 () 人	
職業	出生	年	月	日 滿 歲
住址 〒				
電話				
主要難受的症狀、發病時間及治療經過				
既往病史及手術史。現在服用的藥。				
過敏史				

身高 cm 體重 kg 體溫 度

精神狀態：安定 不安定 敏感 悲傷 憂鬱 急躁 焦慮 易怒 驚恐 壓抑 興奮

睡眠狀態：良好 嗜睡 失眠 多夢 易醒 醒後難繼 早醒 寐不解乏

起居

起床 (:) 早餐 (:) 午餐 (:) 晚餐 (:)

就寢 (:)

身體狀態：良好 一般 易疲勞 怕冷 怕熱 過敏體質 易感冒

易出汗 (部位： 時間：) 無汗 烘熱感 頭暈 目眩

頭：頭重 頭痛 (部位：前 側 后)

眼：眼痛 充血 易流淚 易乾澀 眼皮沉重感 視力下降 畏光 老花眼 近視

耳：耳鳴 (大聲 小聲) 流水 耳聾 聽力下降 耳堵塞感

鼻：鼻塞 鼻涕 (透明 黃濁 多 少) 打噴嚏 其他 ()

口：口乾 (慾飲 不慾飲) 口粘 口臭 口苦 牙周炎 蛀牙 易發口腔潰瘍 嘴唇易發皸疹

咽喉：咽乾 咽痛 咽部堵塞感 聲啞

爪：色淡 紫色 軟 易開裂

項背部：頸項僵硬 肩背痠痛 背部冷 其他



胸部：胸悶 心慌 氣短 哮喘 呼吸困難（呼氣 吸氣）咳嗽（輕 重 時間：_____）

乾咳 痰（無 多 少 粘 白 黃 透明 血痰）

上腹部：食欲（亢進 減退 一般）胃痛（空腹 餐后 進食中 冷食 熱食）惡心

胃部脹滿 反酸 嘔吐 吐血 振水音 打嗝 其他（_____）

下腹部：腹脹 腸鳴 冷感 腹痛（部位：_____） 無力感 動悸

大便：（_____日_____次） 正常 便秘（發乾 先硬后軟 大便困難） 伴腹脹

臭味 軟便 有未消化物質 粘滯 便意未盡 排氣多

小便：尿量（多 一般 少） 次數_____次/日 夜間排尿（_____回）

尿色（濃 一般 淡） 排尿困難 尿痛 尿意未盡 尿失禁

腰部：經常腰痛 腰痠 冷感 活動不便

上肢：手冷 關節痛（肩 手） 冷感 浮腫 麻木 活動障礙

下肢：腳冷 關節痛 腫脹 麻木 無力 浮腫

皮膚：乾性 油性 混合性 易粗糙 瘙癢 黃褐斑 痤瘡

頭髮：易脫落 油性 乾性 白頭髮 瘙癢

飲食習慣：偏食（蔬菜 肉類 海鮮類 水果 穀類 乳製品 茶 其他（_____））

愛吃 油 甜 辛 酸 鹹 苦 喜冷物 喜熱物 不挑食

生活習慣：運動（內容：_____） 不運動

吸煙_____支/日 飲酒（_____）

婦科：初潮_____歲 月經周期_____天 持續_____天 閉經_____歲

月經量（多 少 一般） 痛經（月經 前 中 后） 血色（鮮紅 發黑 淡 有血塊）

帶下（多 少 白色 黃色 有異味） 月經前後易出現症狀（乳脹 腹瀉 頭痛 易怒 腰痠 其他

生育（_____） 子女、 順產 難產 流產 人工流產（_____次）

請問您是通過何種途徑而到我院診療的？

友人介紹

看到診所的宣傳冊

上網查到

路過