

中醫問診表

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					

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

身高	cm	體重	kg	體溫度	°C
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					

下一頁

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（___次）
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