

# 漢方治療問診票

医院用 ID 番号： \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平	年	月	日 ( 歳)
-------------	-------	------	-------	---	---	--------

- \* どのようなことでお困りか、漢方治療を希望される理由などを具体的にご記入ください。  
( )
- \* 現在の体調について、特にあてはまるものを○で囲んでください。  
【食欲】 なし・ふつう・とてもある  
【睡眠】 よい・眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める)・夢を見ることが多い  
【小便】 日に( )回くらい・夜中に( )回くらい・色が(濃い・薄い)  
【大便】 毎日(あり・なし)( )日に( )回くらい・硬い・ころころしている・軟らかい・下剤を使用・下痢  
【頭】 頭痛・めまい・立ちくらみ・フケが出やすい・髪が抜けやすい  
【目】 目が疲れる・目が見えにくい  
【耳鼻】 鼻水(水のように・かんでも出ない)・鼻づまり・鼻血がよく出る  
【口喉】 口が苦い・唾液が多い・口の中が痛む・喉がつかえる・口の中が乾く・唇が乾く・喉が乾く・水分を多くとる  
【胸腹】 ゲップが多い・おならが多い・みぞおちがつかえる・吐き気・乗り物に酔う・腹が張る・ゴロゴロよく鳴る  
食後眠くなる・冷えると腹痛がよくおきる・月経痛  
【手足】 しびれる(手・足・指先)・足に力が入らない・足がつる  
【皮膚・爪】 皮膚が乾燥して粉がふく・じんましんが出やすい・爪が欠けたりしやすい  
【精神状態】 ゆうつ・集中できない・くよくよする・物忘れが激しい・イライラする  
【その他】 汗を(全身・顔や頭・上半身・手足・ワキ)かきやすい・寝汗・朝起きが辛い・のぼせる・手足が冷える  
【全身】 こる・痛む・しびれる その場所( )
- \* 他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入ください。  
( )
- \* 薬や麻酔(病院や歯科医院での)の注射のあとに具合が悪くなったことはありますか?  
ない・ある → ある方は、ご記入ください。(いつ、薬剤、症状など)( )
- \* 薬、食物アレルギーなどありますか?  
ない・ある → ある方は、ご記入ください。(いつ、薬剤・食物、症状など)( )
- \* 今までにご自身がかかった病気(継続して治療している病気)があれば○をつけてください。  
ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障  
その他( )
- \* 今までにご家族がかかった病気があれば記入してください。  
どなた( )が、病名( )
- \* たばこを吸いますか? いいえ・はい(1日 本、年数 年)・昔( 年前まで、1日 本、年数 年)
- \* 飲酒の習慣はありますか? いいえ・はい(毎日・週 日位、種類 、量 )
- \* 女性の方のみお答え下さい  
・妊娠中ですか? いいえ・はい(現在 力月、出産予定日: 月 日)  
・授乳中ですか? いいえ・はい  
・月経について 初経( )才・閉経( )才・最終月経( 年 月)  
月経(順・不順)・出血期間( )日・月経痛(あり・なし)
- \* 来院されたきっかけは何ですか?  
・知人・家族からのご紹介( )・ホームページを見て・通り道で・広告を見て(パンフレット、チラシ)  
・電柱看板・タウンページ・近いから・当院かかりつけ(前に来たことがある)・その他( )

ご記入いただきました個人情報は、当院において適正に使用し、厳重に保管・処分いたします。