

漢方治療問診票

北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

妊 ・ 授

令和 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
〒	—	住所	電話番号： 携帯番号：

※新型コロナウイルス感染症の陽性反応がでたことがありますか。 (はい・いいえ)

はいに該当の方 検査した日 月 日 治療した日 月 日

*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()回位・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】 水鼻(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・口内が痛む・喉がつかえる・口内が乾く・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・手足が冷える
 - 【皮膚・爪】 皮膚が乾燥して粉がふく・じんましんが出やすい・爪が欠けやすい
 - 【精神状態】 ゆうつ・集中できない・くよくよする・忘れ物が激しい・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
 - 【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)の注射の跡に具合が悪くなったことはありますか?
ない・ある →ある方(いつ、薬剤、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)

*飲酒はしますか? いいえ ・ はい(毎日・週 日・時々)

*女性の方のみお答えください
・妊娠中ですか? いいえ ・ はい(現在 月、出産予定日: 月 日)
・授乳中ですか? いいえ ・ はい

*来院可能な曜日に○をつけてお答えください

	月	火	水	木	金	土	
午前 (9:30~12:30)							不定期
午後 (15:00~18:30)							いつでも可

※問診票をご記入の間に順番が前後する場合があります。
ご記入いただきました個人情報、当院において適正に使用し厳重に保管・処分いたします。