

問診票(初診用)

平成 年 月 日記入

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_

ご家族は何人でお住まいですか？ ( )人

お一人でお住まいの方

ご本人以外の緊急時連絡先:氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

ケアマネージャー なし・あり:氏名 \_\_\_\_\_ 施設名・連絡先 \_\_\_\_\_

1.当院を何でお知りになりましたか？

(下記に○をつけてください。差し支えなければ、ご氏名・医療機関名をご記載ください)

家族から \_\_\_\_\_ 知人から \_\_\_\_\_ 医療機関から \_\_\_\_\_ インターネットで \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_  
 様 様 様 キーワード( ) ( )

2.漢方薬の服用歴(なし・あり)

3. もっともお困りのご症状はどのようなことでしょうか？

ご症状・病名 \_\_\_\_\_ いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4. 現在、医療機関におかかりですか？

診断名 \_\_\_\_\_

薬品名 \_\_\_\_\_

5. 今までにかかった病気などについてお伺いします

◎入院歴 \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

\_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

\_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

◎通院歴 \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

\_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

\_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 手術 なし・あり

◎輸血歴 なし・あり \_\_\_\_\_ 歳

薬物アレルギー なし・あり 薬品名 \_\_\_\_\_ ◎食物アレルギー なし・あり \_\_\_\_\_

6. 家族の方で以下の病気の方はおられますか？(○をつけてください)

心臓病・高血圧・高脂血症・肝臓病・糖尿病・膠原病・喘息・アトピー・鼻炎

7. 飲酒は週( )日程度で、1日ビール( )本・日本酒( )合・ウイスキー( )杯・焼酎( )合

8. タバコは1日( )本を( )年間 / ( )年前から禁煙している

次の質問に当てはまるご症状に○をつけてください。

- 寒熱 1 熱がある・寒気がする・どちらでもない  
2 暑がり・寒がり・両方・どちらでもない  
3 (背中・腰から下・手・足)が冷えやすい  
4 顔や頭がのぼせることが(ある・ない)  
5 喉は(渴く・渴かない)方だ  
(冷たい・温かい)飲み物を好む  
6 普段は(汗かきである・汗かきでない)  
寝汗を(かきやすい・かかない)
- 全身 7 身体や手足が(だるい・しびれる)  
8 疲れやすい  
9 (顔・手足・下半身)がむくむ  
10 物忘れがひどい  
11 イライラすることが多い  
12 驚きやすい・よく不安になる
- 二便 13 大便是(硬い・軟らかい・ちょうどよい)  
便通は1日( )回、( )日に1回  
14 (下痢・便秘)しやすい  
15 小便是(よく出る・少ない)・尿漏れ  
夜、小便に起きる回数は約( )回
- 飲食 16 食事をすると、すぐ眠くなる  
17 食欲は(ありすぎる・普通・ない)
- 睡眠 18 寝つきは(よい・悪い)  
19 すぐ眼がさめる  
20 夢見が(良い・悪い)
- 口腔 21 口の中が(苦い・甘い・酸っぱい・  
塩辛い・粘っこい)  
22 口臭が強い  
23 口内炎ができやすい
- 頭顔 24 頭痛がする(ズキズキ・ズーン)  
25 頭痛の場所(全体・頭頂・こめかみ・後ろ)  
26 肩や背中がこる  
27 (めまい・立ち眩み)がする  
28 天候に左右される  
29 髪が抜ける・フケが多い  
30 赤ら顔になりやすい

- 耳目鼻 31 鼻水が出る・鼻が詰まる  
32 耳鳴りがする  
33 眼が疲れる・眼がかすむ  
34 眼が充血する・涙がでる  
35 喉に何かがつかえる感じがする  
36 (咳・痰)がでる
- 37 胸が(苦しい・痛む)  
38 動悸がする  
39 みぞおちのあたりが痛む  
40 みぞおちに何かがつかえる感じがする  
41 お腹が痛む  
42 下腹が張る・ガスが溜まる  
43 腹鳴りがする
- 腰背 44 腰が(痛い・重い)  
45 下半身が(だるい・しびれる)
- 皮膚 46 吹き出物が出やすい  
47 乾燥しやすい  
48 痒い
- 関節 49 関節が(痛い・腫れる)  
部位は( )

ご婦人の方にお尋ねします

- 月経 50 月経は(規則的; 日型・不規則・ない)  
51 経血量は(多い・普通・少ない)  
52 期間は(長い・短い) ( )日間ほど  
53 月経痛は(強い・強くない・無い)  
54 経血の塊は(多い・少ない・無い)  
55 おりものは(ある・ない)  
56 月経前に 胸が(張る・張らない)  
57 いろいろ(する・しない)  
58 月経前のその他症状( )  
59 出産( )回流産( )回  
60 婦人科手術の経験(あり・なし)

◎ 近医・検診などの検査結果がございましたらご持参願います