

問診表

出やすい症状をいくつでも○で囲んでください。

ふりがな
 氏名 _____ 性別 【 男性 ・ 女性 】

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____ 職業 _____

最も気になる症状 (治療を受ける目的) いつ頃から? _____

思い当たる原因は? (_____)

特につらくなる時期は?

- ・不規則 ・一年中 ・疲れたとき ・冷えたとき ・雨の日 ・梅雨時
- ・乾燥 ・春 ・夏 ・秋 ・冬 ・季節の境目 ・クーラー ・入浴後
- ・午前 ・午後 ・夜 ・明け方 ・起床時 ・その他 (_____)

家族構成

- ・未婚 ・既婚 ・離別 (生 死) 子供 _____ 人 ・別居

家族歴 (血縁者の主な病気) ・アレルギー疾患 ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・ガン
・リウマチ ・その他 (_____)

入院歴 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 (_____)

以前にかかった病気 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 (_____)

現在治療中の病気 ・なし

・あり 時期・病名・病院名 (_____)

※現在服用中のお薬 (_____)

アレルギー歴 食べ物で具合が悪くなったことがありますか? ・なし

・あり (_____)

お酒 : 週に _____ 回 / 種類・量 _____

タバコ: 1日 _____ 本 / _____ 歳から

普段1日にコップ1杯以上飲むのは

お茶 ・健康茶 (_____) ・牛乳 ・コーヒー ・ジュース類 ・炭酸類 ・水

これまでに飲んだ漢方薬 (_____)

次ページ続きます

当てはまるものをいくつでも○で囲んでください

(食 欲) ・あり ・あまり食べない ・無理に食べる ・ふつう ・食べ過ぎ ・間食する
・よく食べるもの : 甘い物 ・果物 ・塩辛い物 ・油っこい物 ・インスタント
・できあいのお総菜 ・乳製品 (ヨーグルト チーズ) ・外食

(睡 眠) ・良い ・ふつう 就寝_____時頃 ・起床_____時頃
・ねつきが悪い ・寝が浅い ・途中で覚醒 ・早めに覚醒 ・多夢 ・悪夢
安定剤や睡眠薬を使う 薬品名 () 頻度 ()

(尿) ・よく出る ・ふつう ・出にくい ・量が少ない
・回数が少ない ・回数が多い 夜間尿_____回 ・尿の後すぐ眠れない

(便 通) 症状: すっきりバナナ状 ・ふつう ・硬い ・コロコロ ・軟便 ・下痢
・はじめは硬く最後ゆるい ・腹痛を伴う 1日に____回 / _____日に1回
・下剤を使う 薬品名 () 頻度 ()

積極的に運動をしていますか ・はい ・いいえ
散歩 ・プール歩行 ・アクアビックス ・体操教室 ・ゴルフ ・その他 ()
1回_____分 週に_____回

〈一般状況〉

- ・風邪をひきやすい ・喉が痛くなりやすい ・疲れやすい ・動作がおっくう
- ・食後眠い ・食後だるい ・むくみやすい ・雨の日やその前日に体調が悪くなる
- ・湿度が高いと体調が悪くなる ・ふらつき ・めまい ・立ちくらみ ・ためいき
- ・ゆううつ ・不安 ・焦り ・おびえやすい ・驚きやすい ・怒りっぽい
- ・イライラ ・情緒不安定 ・のぼせ ・冷えのぼせ ・過労気味 ・運動不足
- ・ストレスがたまっている ・あつがり ・冷たいものを好む ・さむがり ・ねあせ
- ・温かいものを好む ・こむらがえり ・心配事がある又は最近あった
- ・ショックなことがある又は最近合った ・口喉が渇く ・水分をよくとる ・生活が不規則
- ・汗が多い 場所 (手 ・ 足 ・ 脇の下 ・ 首から上 ・ 上半身 ・ 全身)
- ・家族に、介護や看護の必要な老人や病人がいる

(女性のみ 月経)

- ・規則的 ・不規則_____日くらいずれる (早くなる ・ 遅れる)
- ・月経がとぶ ・月経がいつくるかわからない ・_____歳でとまった
- ・月経に関して痛みがある
痛い場所_____ 頻度 ひどい ・ 軽い
月経の前_____日間位 月経中_____日位 排卵期_____日位
- ・妊娠中 (週 ヶ月) 授乳中

こり	(首 ・ 肩 ・ 背中 ・ 腰 ・ その他)
痛み	(手 ・ 足 ・ 肩 ・ 膝 ・ 腰 ・ その他)
しびれ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)
だるい	(腕 ・ 足 ・ 腰 ・ 全身 ・ その他)
ふるえ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)
ピクピクする	(目 ・ 手 ・ 足 ・ 顔 ・ その他)
冷え	(手 ・ 足 ・ 腰 ・ 腹 ・ 背中 ・ 全身 ・ その他)
ほてり	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)
かゆみ	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ 全身 ・ その他)
関節のはれ	(肘 ・ 手首 ・ 指 ・ 膝 ・ 足首 ・ その他)
身体の違和感	(顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他)

その他 気になる症状があればお書きください

当院を選択した理由

(いくつでも)

知人・家族の紹介 (紹介者)

他院からの紹介 (紹介医院)

インターネット 新聞 雑誌 テレビ

自宅から近い 勤務先が近い その他

この用紙は、当院での医療に関する事のみ利用させていただきます