

記入日

令和 年 月 日

問 診 票

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 _____ - _____

電話番号等は連絡しても差し支えないもののみをご記入下さい。

■職業(具体的に)

■当医院まで何分位かかりますか。 自宅から _____ 分・職場から _____ 分(徒歩・電車・車・その他)

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 血液型 (A , B , AB , O 型 ・ 不明)

1. いつ頃からどんな症状でお困りですか。 いつ頃から

・ 一番困っている事 (_____) (_____)

・ 次に困っている事 (_____) (_____)

・ 漢方薬を飲んでみようと思われた動機は? (_____)

2. 現在かかっておられる病医院名と病名についてお書き下さい。

① 病医院名 _____ 病名 _____ お薬はもらっていますか (はい・いいえ)

② 病医院名 _____ 病名 _____ お薬はもらっていますか (はい・いいえ)

3. 病院でもらっている薬や、ご自身で薬局で買っておられる薬がわかれば名前をお書き下さい。

4. これまでに入院や手術などをされた事がありますか。

・ はい _____ (病気やケガの種類とその時期)

・ いいえ _____

5. これまでにお薬や食物でアレルギー症状(じんましんや喘息など)を起こしたことがありますか。

・ はい _____ (薬や食物の名前がわかればお書き下さい)

・ いいえ _____

6. 緑内障と今まで診断された事がありますか。

・ はい _____ ・ いいえ _____ ・ わからない _____

7. 血のつながった方で以下の病気の方はおられますか。(○をつけて下さい)

心臓病・高血圧・高脂血症・肝臓病・糖尿病・膠原病・アレルギー疾患(喘息・アトピー・鼻炎)・腎臓

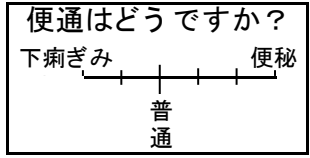
8. 血圧は(高め・普通・低め・わからない) _____ 降圧剤は(服用している・服用していない)

9. 便秘について 回数(_____ 日に _____ 回) _____

便は (普通・下痢がち・初め硬いがあと柔らかい・下痢と便秘を繰り返す)

下剤は (使わない・時々使う・常用している)

便は (コロコロ便・きばらないと出ない事が多い・すっきり感がない)



10. 排尿について (日に _____ 回位、夜間の尿回数 _____ 回位)

11. 漢方薬について

~1) 漢方薬を飲まれた事がありますか。(はい・いいえ)

飲まれた事がある方にお聞きします。漢方薬の種類は [せんじ薬・エキス(粉薬) _____ 年間]

その時の処方名がわかれば書いて下さい _____

~2) 今回処方する漢方薬のご希望 [せんじ薬・エキス(粉薬)・カプセルや錠剤・担当医にまかせる]

~3) せんじ器具を持っておられますか。(はい・いいえ)

器具をお持ちの方にお聞きします。器具は (自動せんじ器・土びん・その他)

~4) 調理台は何をお使いですか。 [ガス器具・電気IHクッキングヒーター・その他]

~5) シナモン(ニッキ、ハツ橋)の味は大丈夫ですか。(好き・苦手・普通)

12. 鍼灸、指圧、マッサージ等の治療を受けた事がありますか。(○をつけて下さい)

鍼・お灸・あん摩・指圧・マッサージ・その他(_____)

以下、あてはまる項目に○をつけて下さい（複数回答可）

※ 特に強い症状には◎を、時々ある項目には△を。

- | | | |
|----------------------|-----------------|------------------|
| ア) 冷え性である（手足・腰・全身） | シ) こむらがえりがよく起こる | ヌ) 気分が鬱とうしいことが多い |
| イ) 冷え性ほどではないが、寒がりである | ス) めまい、ふらつきがある | ネ) 口が苦い |
| ウ) 暑がりである | セ) みぞおちや腹が張る | ノ) 口内炎がよくできる |
| エ) 手足がほてりやすい | ソ) 肩がこりやすい | ハ) 耳鳴りがする |
| オ) 全身的に汗をよくかく | タ) 動悸がある | ヒ) 腰がだるい |
| カ) 首から上に汗をよくかく | チ) 不安感がある | フ) 腰が痛む |
| キ) 寝汗をかく | ツ) 息切れしやすい | ヘ) 膝が痛い |
| ク) のどが乾きやすい | テ) 手足がだるい | ホ) 精力が低下してきた |
| ケ) のぼせる感じがする | ト) 手足がむくみやすい | マ) 乗り物に酔いやすい |
| コ) 疲れやすい | ナ) イライラしやすい | ミ) 食欲がない |
| サ) 風邪をひきやすい | ニ) 目が疲れやすい | ム) 吐き気がする事が多い |

同居している方に○をつけて下さい。（・一人・配偶者・子供・親・孫・その他親族・友人・パートナー）

起床は(____時頃) 就寝は(____時頃) 1日の平均睡眠時間(____時間)

睡眠はいかがですか。（複数回答可）

（よく眠れる・寝つきが悪い・途中よく目が覚める・よく夢を見る・睡眠薬を使わないと眠れない）


食習慣についてお尋ねします。 1日(____)食の習慣

朝食(毎日食べる・食べない事もある・食べない)、夕食(____時頃に食べる、外食は週____回)

嗜好品についてお尋ねします。

飲酒（全く飲まない・週____日位飲む）、1日の量(多い・普通・少し)

タバコ（全く吸わない・日に____本をこれまで____年間）

 この枠内の質問は女性の方のみお答え下さい。

1) 妊娠や出産の経験はありますか。（出産____回・妊娠の経験なし）

2) 現在妊娠していますか。（はい・いいえ・わからない）

3) 現在授乳中ですか。（はい・いいえ）

4) 月経についてお尋ねします。 周期(____日型・不規則・閉経____歳)

月経痛(あり・なし) 帯下(おりもの)(あり・なし)

< 当院をどうやってお知りになりましたか >

① 家族の紹介（紹介者のお名前 続柄 _____）

② 知人の紹介（紹介者のお名前 続柄 _____）

③ 本や雑誌等を見て（本や雑誌の名前 _____）

④ 当院のHPを見て

⑤ 他の医療機関からの紹介（医院名 _____）

⑥ その他（ _____ ）

ご希望、ご意見等があればご自由に

（

）

ご協力ありがとうございました