

漢方内科



フリガナ			性別	年齢	職 業
氏 名			男・女	才	
住 所	〒				
電 話 番 号	自宅 or 携帯電話 - - 緊急連絡先 - - 続柄()				
受 診 理 由					
症状の経過					
ご自身以外の 家族状況	父 (才) 健康・病気(病名))・死亡(病名)) 母 (才) 健康・病気(病名))・死亡(病名)) 配偶者 (才) 健康・病気(病名))・死亡(病名)) 兄弟数 (人)				
結 婚	未婚 結婚後(年) 別居 離婚(年前) 死別(年前) 子供(人)				
今までに かかった 大きな病気				手術：なし・あり 手術名 輸血：なし・あり	
現在通院中の 他の診療施設 (病院・医院など) ・ 服薬中の薬	施設名： 診療科 科 病名： (年 月より) 施設名： 診療科 科 病名： (年 月より)			診療施設で処方されている薬の名称 服用中の市販薬・サプリメントの名称	
漢方治療 について	経験：なし・あり 治療施設・薬局名 治療目的		服用した漢方薬の名称 用いた剤型 (煎じ薬 ・ 粉薬 ・ 丸薬 ・ エキス剤 ・ 錠剤) その他 ()		
鍼灸治療 について	経験：なし・あり 治療施設名 治療目的		治療内容 全身治療・局処治療 用いた治療法 (鍼・灸・刺絡・その他)		

問診用紙2 わかる範囲で記入してください。

身長・体重・平熱	身長 (cm) 体重 (kg) 平熱 (℃)
薬物 アレルギー	なし・あり 薬剤名
食物 アレルギー	なし・あり シナモン 卵 エビ カニ ヤマイモ ゴマ 小麦 そば ゼラチン その他 ()
その他の アレルギー	なし・あり 花粉 (具体名) 金属 (具体名) 化学物質 (具体名) ハウスダスト ダニ 寒冷 洗剤 植物 その他 ()
好きな 飲食物	甘いもの しょっぱいもの 辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの 肉 (牛・豚・鳥) 魚 (焼・煮・刺身) 野菜 (生・温) 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料 その他 ()
苦手な 飲食物	シナモン さんしょう セロリ ショウガ ヤマイモ ゴマ その他 ()
嗜好品	飲酒：全く飲まない 以前は飲んでいたがやめた つきあい程度に飲む 習慣的に飲む：ビール ワイン 日本酒 焼酎 ウイスキー その他 () 1日 (合) 相当を週に (日) 喫煙：吸わない 以前吸っていた：(才) から (才) まで 現在吸っている：(才) から1日 (本) を (年間) 喫茶：コーヒー 紅茶 日本茶 その他 () を1日 (杯)
食習慣	食生活 (規則的・不規則) 間食 (する・しない) 夜食 (する・しない)
運動習慣	ほぼ毎日運動する ときどき運動する ほとんどしない まったくしない 運動内容 ()
月経の状況	初経 (才) 最終月経 (月 日から 月 日) 妊娠の可能性：なし・あり 月経周期 (日周期) 出血期間 (日間) 鎮痛剤やピルの使用：なし・あり その名称 () 分娩 (回) 自然流産 (回) 人工流産 (回) 不妊治療：なし・あり 閉経 (才)

問診用紙 3 わかる範囲で記入してください。

当てはまる症状にチェックをつけてください。記入例： 眠れない ☒ ☐

		当てはまる	特にひどい			当てはまる	特にひどい
睡眠	眠れない	☐	☐	全身症状	汗をかきにくい	☐	☐
	いやな夢を見る	☐	☐		汗をかきやすい	☐	☐
	日中すぐ眠くなる	☐	☐		・顔	☐	☐
	生あくびが出る	☐	☐		・手足	☐	☐
食欲	食べ過ぎる	☐	☐	・全身	☐	☐	
	食欲がない	☐	☐	・寝汗	☐	☐	
	食事がおいしくない	☐	☐	むくみ	☐	☐	
小便	排尿回数	※下記枠内に数字を記入してください。		手足のしびれ	☐	☐	
	(1日 回位 そのうち夜間就寝中 回位)			こむら返り	☐	☐	
1日の尿量	・多い	☐	☐	ふらつく	☐	☐	
	・少ない	☐	☐	精神	憂うつ	☐	☐
	排尿困難	☐	☐		不安感	☐	☐
	排尿痛	☐	☐		パニック	☐	☐
	尿もれ	☐	☐		もの忘れ	☐	☐
	☐	☐	やる気がない		☐	☐	
大便	よく便秘になる	☐	☐	イライラ	☐	☐	
	よく下痢になる	☐	☐	驚きやすい	☐	☐	
	便秘と下痢を繰り返す	☐	☐	感情の起伏が激しい	☐	☐	
	痔がある	☐	☐	頭	頭痛	☐	☐
全身症状	疲労倦怠感	☐	☐		頭重	☐	☐
	・腕	☐	☐		立ちくらみ	☐	☐
	・脚	☐	☐		めまい	☐	☐
	・腰	☐	☐		のぼせ	☐	☐
	・全身	☐	☐	乗り物酔い	☐	☐	
身のおきどころがない	☐	☐	目	目が疲れる	☐	☐	
性欲減退	☐	☐		充血しやすい	☐	☐	
				クマができやすい	☐	☐	

問診用紙 4 わかる範囲で記入してください。

当てはまる症状にチェックをつけてください。記入例： 眠れない ☒ ☐

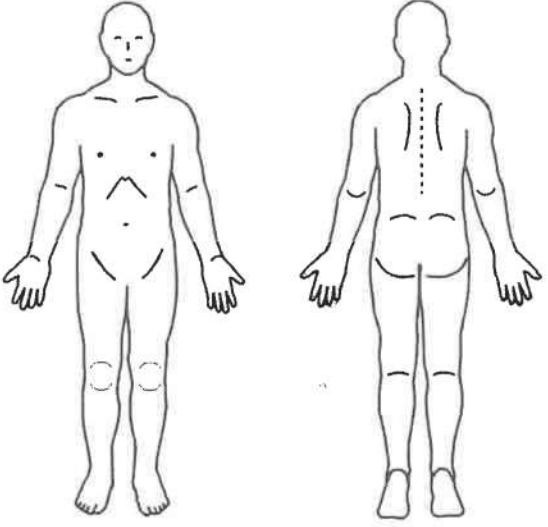
		当てはまる	特にひどい			当てはまる	特にひどい	
鼻	くしゃみ	☐	☐	腹	みぞおちの不快感	☐	☐	
	鼻水	・水っぽい	☐		☐	胃もたれ	☐	☐
		・粘っこい	☐		☐	ゲップ	☐	☐
	鼻水がのどにおりる	☐	☐		吐き気	☐	☐	
	鼻がつまる	☐	☐		嘔吐	☐	☐	
	鼻血	☐	☐		腹痛	・上腹部	☐	☐
						・下腹部	☐	☐
耳	耳鳴	☐	☐		・全体	☐	☐	
	難聴	☐	☐	腹が張る	☐	☐		
	耳がつまる	☐	☐	腹が鳴る	☐	☐		
口	口の中が乾く	☐	☐	皮膚	乾燥している	☐	☐	
	口が苦い	☐	☐		ジクジクしている	☐	☐	
	生唾がでる	☐	☐		かゆみ	☐	☐	
	味覚異常	☐	☐		しもやけ	☐	☐	
	舌が痛む	☐	☐		爪がもろい	☐	☐	
	口内炎がでやすい	☐	☐	髪が抜ける	☐	☐		
	唇が乾く	☐	☐					
のど	のどの痛み	☐	☐	月経関連	月経不順	☐	☐	
	のどの違和感	☐	☐		出血量	・多い	☐	☐
	のどが渇きやすい	☐	☐			・少ない	☐	☐
	声のかすれ	☐	☐		月経痛	☐	☐	
胸	痰がでる	☐	☐		月経前の不調	☐	☐	
	咳	☐	☐		帯下が多い	・水様	☐	☐
	呼吸時に音が鳴る	☐	☐		・白色	☐	☐	
	息切れ	☐	☐		・黄色	☐	☐	
	動悸	☐	☐		・血性	☐	☐	
	胸苦しさ	☐	☐					
	胸やけ	☐	☐					

問診用紙 5 わかる範囲で記入してください。

当てはまる症状にチェックをつけてください。記入例： 眠れない ☒ ☐

		当てはまる	特にひどい
こり	首	☐	☐
	肩	☐	☐
	腰	☐	☐
痛み	手足	☐	☐
	膝	☐	☐
	腰	☐	☐
ふるえ	顔	☐	☐
	手	☐	☐
	足	☐	☐
冷え	手	☐	☐
	足	☐	☐
	腰	☐	☐
	腹	☐	☐
	背中	☐	☐
	全身	☐	☐
ほてり	顔	☐	☐
	手	☐	☐
	足	☐	☐
関節のはれ	指	☐	☐
	膝	☐	☐

症状のあるところを
下記の図に  で示して下さい。



問診用紙 6 わかる範囲で記入してください。

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	)	医師の勧め (紹介医	)
	自宅から近い		勤務先から近い	
	新聞・雑誌・本 (名	)	テレビ・ラジオ番組 (名	)
	講演会 (名	)	インターネット (名	)
	その他 (	)		

医) 東信会は個人情報の重要性を認識しその保護の徹底を図るために個人情報保護法を厳守します。