

漢方問診票

漢方医学では自覚症状が極めて大切な情報となります。
 お手数ですが、是非ご協力下さい。(書きたくない所は無理に書かなくて大丈夫です)

フリガナ _____ (男 ・ 女 ・ 無回答) 職業 (_____)
 お名前 : _____ 生年月日 : _____
 ご住所 : 〒 _____
 電話番号 : _____ 携帯番号 : _____
 ★ご家族等の連絡先(緊急時) : お名前 : _____ 続柄 : (_____)
 電話番号 : _____

◆身長 _____ cm ◆体重 _____ kg ◆体温 : _____ °C

◆当クリニックをどの様にしてお知りになりましたか？

- 他院からの紹介 インターネット 雑誌・テレビなど 知人からの紹介
 バス車内アナウンス その他 (_____)

1) 最もお困りのことはなんですか？

2) それらの病気や症状はいつから起こり、どの様な経過をとっていますか？

◆その症状はどの様な時に悪くなりますか？(季節・天候・時間帯・生理との関連、その他)

3) 現在、他の医療機関におかかりですか？

医院・病院名【 _____ 】
 診察名【 _____ 】
 医薬品名【 _____ 】

4) 次の質問にお答えください(該当項目に○を付けてください)

- ① 食欲 : (良い ・ 普通 ・ 低下 ・ ない ・ 自分で制限している)
 ② 睡眠 : (良い ・ 寝つきが悪い ・ 眠りが浅い ・ よく目が覚める ・ よく夢をみる)
 ③ 便 : (_____) 回/日
 ●便秘 (普通 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 下痢と便秘が交互にくる)
 ●便の状態 (普通 ・ 水様 ・ 泥状 ・ 軟便 ・ 硬く繋がっている ・ コロコロ便 ・ すっきりしない)
 ●残便感 (なし ・ あり) ●腹痛 (なし ・ あり) ●腹の張り (なし ・ あり)
 ●ガスが溜まる (なし ・ あり) ●下剤の使用 (なし ・ あり) ●下剤での腹痛 (なし ・ あり)
 ④ 尿 : (_____) 回/日
 ●夜寝てからトイレに起きる (なし ・ あり _____ 回) ●尿の色 (普通 ・ 薄い ・ 濃い)
 ●残尿感 (なし ・ あり) ●排尿痛 (なし ・ あり)

☆裏面もご記入ください(1)

5) 月経 (なし ・ あり) 初潮 () 歳 閉経 () 歳

- 最終月経(月 日 ~ 月 日) 月経期間(日間)
- 月経周期(順調 日間 ・ 遅れる ・ 早まる ・ 一定しない)
- 月経痛 (なし ・ あり ⇨月経開始前 ・ 前半 ・ 後半) ●月経量(普通 ・ 多い ・ 少ない)
- 不正出血(なし ・ あり) ●おりもの(普通 ・ 少ない ・ 多い)
- 月経に関連した不調 (なし ・ あり 【 月経開始前 ・ 月経中 ・ その他の時期 】)

6) 妊娠・出産歴

- 妊娠 () 回 ●出産 () 回
- 自然流産 () 回 ●人工流産 () 回

7) 現在の症状、普段の体質傾向について教えてください

※該当する症状に○、著しく該当する場合には◎を付けてください

暑がり ・ 寒がり ・ 冷える (全身 ・ 手 ・ 足 ・ 腹 ・ 腰 ・ 背 ・ その他) ・ のぼせ ・ 冷えのぼせ ・ 眠気が強い
 風邪を引きやすい ・ 疲れやすい (全身 ・ 足 ・ 腕 ・ その他) ・ 体が重い (全身 ・ 腰 ・ 膝 ・ 足 ・ 腕 ・ その他)
 だるい (全身 ・ 腰 ・ 足 ・ 腕 ・ その他) ・ 力が入らない (全身 ・ 腰 ・ 膝 ・ 足 ・ 腕 ・ その他) ・ 汗が出ない
 寝汗 ・ 寒気 ・ 汗をかきやすい (全身 ・ 頭 ・ 上半身 ・ 手のひら ・ 足の裏 ・ その他) ・ 悪風 (風に当たると不快)
 発熱 ・ 微熱 ・ 熱感 (熱っぽい) ・ 肥濃 ・ やせ (太れない) ・ 体重増加 ・ 体重減少 ・ 過食 ・ 拒食
 水分をよくとる ・ 浮腫 (むくみ) ・ リンパ浮腫 ・ リンパ節腫脹 ・ レイノー現象 ・ しこり (乳房 ・ その他)
 身体の不快感、違和感 ・ 黄疸 ・ くすぐったがり

不安感 ・ 焦燥感 ・ 無気力 ・ ゆうつ感 ・ 朝起きるのがつらい ・ イライラする ・ 怒りっぽい
 気分障害 (気分がムラがある) ・ 夜泣き ・ 歯ぎしり ・ 神経過敏 (驚きやすい) ・ 忘れっぽい ・ 記憶障害
 意識障害 (もうろうとする) ・ 失神 ・ 幻覚 ・ においが気になる

頭痛 (ズキズキ ・ キリキリ ・ 締め付けられる ・ その他) ・ 頭重 ・ めまい (回転性 ・ 非回転性) ・ 立ちくらみ
 ふうつき ・ 車酔いしやすい ・ 発作性の発汗 ・ 発作性の熱感 (ホットフラッシュ) ・ 知覚麻痺 (触れても感じない)
 知覚異常 (ズムズムなどの異常感覚) ・ 知覚過敏 ・ ふるえ ・ ひきつり ・ 痙攣 ・ 運動麻痺 (体が動かない)
 顔面神経麻痺 ・ 歩行困難 ・ 足のもつれ ・ 足が上がりにくい ・ つまずきやすい ・ 帯状疱疹後の痛み

胸が苦しい (圧迫感 ・ 締め付け感 ・ 詰まった感じ ・ モヤモヤした感じ ・ しぼられる感じ ・ 重苦しい ・ 鈍痛 ・ その他)
 胸が痛い ・ 不整脈 (脈の乱れ) ・ 動悸 (拍動を感じる) ・ 静脈瘤

咳 (空咳 ・ 痰が絡む) ・ 呼吸困難 (安静時 ・ 運動時) ・ 痰 (水のような ・ 粘っこい ・ 膿のような)
 血痰 ・ 喀血 ・ 息切れ ・ 起座呼吸 (座ってないと苦しい) ・ チアノーゼ

食後に眠気やだるさを感じる ・ 食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる ・ すぐ下痢をする ・ ゲップ ・ 嘔吐 ・ 吐血
 少し食べると腹が張って食べられない ・ 呑気症 (空気をよく飲んでしまう) ・ 胸焼け ・ 悪心 ・ 吐き気 ・ 胃もたれ
 胃酸が上がってくる ・ 胃の不快感 ・ 食べ物が胸につかえる ・ 腹痛 (上腹 ・ 下腹 ・ 移動性)
 季肋部 (肋骨の一番下あたり) の痛み ・ 季肋部が苦しい ・ 腹がゴロゴロする ・ おなら
 便意を頻回に催す ・ 血便 ・ 下血 ・ 痔 ・ 脱肛 ・ 肛門痛

眼痛 ・ 視力低下 ・ 目の疲れ ・ 目のかすみ ・ 目の充血 ・ 目の痒み ・ 目の乾燥 ・ まぶしい ・ ごろごろ感
目のヒリヒリ感 ・ 目やに ・ 眼瞼下垂 ・ 複視（物が二重に見える） ・ 視野狭窄

耳鳴り ・ 頭鳴 ・ 耳閉感 ・ 難聴 ・ 耳だれ ・ くしゃみ ・ 鼻汁（水っぽい ・ 粘っこい ・ 膿のような感じ）
鼻づまり ・ 鼻が重い ・ 鼻の奥の乾燥 ・ 後鼻漏（鼻汁が喉に落ちる） ・ 鼻出血 ・ いびき ・ 匂いがわからない
味がしない ・ 味がおかしい ・ 唇が乾く ・ 口渇（水を飲みたい） ・ 口乾（口を湿らせたい） ・ 口の苦味、粘つき、口臭
口内炎 ・ しみる（舌 ・ 口腔内 ・ 唇） ・ 舌痛 ・ 歯痛 ・ 歯茎の痛み ・ 唾液分泌低下 ・ 嚥下困難
喉の痛み ・ 喉がイガイガする ・ 喉の奥の乾燥 ・ 喉が詰まった感じ ・ しゃっくり ・ 声かすれ

発疹、湿疹 ・ にきび ・ アトピー性皮膚炎 ・ 蕁麻疹 ・ しもやけ ・ 肌荒れ ・ 皮膚の乾燥 ・ 皮膚の痒み
皮膚が脂っぽい ・ 色素沈着（しみ） ・ 脱色 ・ 目のクマ ・ あざが出来やすい ・ 皮下出血 ・ 苔癬 ・ 毛が濃い
白毛（毛が白い） ・ 脱毛（円形 ・ 全般に抜ける） ・ ふけ ・ いぼ ・ 爪がもろい ・ 爪の異常
手術の傷痕の痛み ・ 皮膚が化膿しやすい ・ ケロイドになりやすい

痛み（腰 ・ 肩 ・ 背 ・ 膝 ・ 腕 ・ 手指 ・ もも ・ 足 ・ その他） ・ こわばり（手指 ・ その他）
こり（肩 ・ 背 ・ 首筋 ・ 腰 ・ その他） ・ 脹れ（膝 ・ 肘 ・ 手首 ・ その他）
しびれ（腕 ・ 手指 ・ もも ・ 足 ・ その他） ・ ほてり（手のひら ・ 足の裏 ・ その他） ・ 神経痛
筋肉痛 ・ 足がつる ・ 筋力低下 ・ 間欠性跛行 ・ 運動障害（運動に制限がある） ・ 打撲

不妊 ・ 胎位異常 ・ 子宮脱 ・ 性交痛 ・ 膣の乾燥 ・ 乳房の張り ・ 帯下の異常（血性 ・ 膿性 ・ その他）

頻尿（昼間） ・ 夜間頻尿 ・ 尿失禁 ・ 夜尿症 ・ 尿が濁る ・ 血尿 ・ 尿量減少 ・ 水を飲む割に尿が少ない
すっきりと尿が出ない ・ 尿閉（尿が出ない） ・ 性功能減退 ・ 会陰部（股間）の不快感 ・ 会陰部痛 ・ 睾丸痛

8) 今までの質問に○もしくは◎をつけた症状の中で、特に気になる症状を【 】に記入し、その症状が出現する頻度・程度についてそれぞれ○をつけてください。

記入例	頻度	1.まれに	2.ときどき	3.ほぼいつも	4.いつも
【頭痛・ズキズキ】	程度	1.わずかに	2.すこし	3.かなり	4.非常に
【 】	頻度	1.まれに	2.ときどき	3.ほぼいつも	4.いつも
【 】	程度	1.わずかに	2.すこし	3.かなり	4.非常に
【 】	頻度	1.まれに	2.ときどき	3.ほぼいつも	4.いつも
【 】	程度	1.わずかに	2.すこし	3.かなり	4.非常に

☆裏面もご記入ください (3)

9) ご家族・血縁についてお伺いします (※同居の方には◎をつけてください)

	続柄	状態	病名
父方	祖父	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
	祖母	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
母方	祖父	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
	祖母	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
父		健康 ・ 病気 ・ 死亡	
母		健康 ・ 病気 ・ 死亡	
兄弟/姉妹	兄 ・ 弟	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
	姉 ・ 妹	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
兄弟/姉妹	兄 ・ 弟	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
	姉 ・ 妹	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
兄弟/姉妹	兄 ・ 弟	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
	姉 ・ 妹	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
配偶者		健康 ・ 病気 ・ 死亡	
子供	男 ・ 女	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
子供	男 ・ 女	健康 ・ 病気 ・ 死亡	
子供	男 ・ 女	健康 ・ 病気 ・ 死亡	

10) 生活習慣について

- ① 飲酒歴 開始年齢 () 歳 中止年齢 () 歳
 ●過去の飲酒歴 (なし ・ あり) 飲酒量 合/日
 ●現在の飲酒歴 (あり ・ あり) 飲酒量 合/日
- ② 喫煙歴 開始年齢 () 歳 中止年齢 () 歳
 ●過去の喫煙歴 (なし ・ あり) 喫煙量 本/日
 ●現在の喫煙歴 (あり ・ あり) 喫煙量 本/日
- ③ 甘いものが好き ・ 辛いものが好き ・ 塩辛いものが好き ・ お肉が好き

11) 今までにかかった病気などについてお伺いします

①入院歴	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)
	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)
	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)
②通院歴	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)
	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)
	() 歳頃	(病名:)	手術 (なし ・ あり)

- ③輸血歴 (なし ・ あり) () 歳頃
 ④黄疸 (なし ・ あり) () 歳頃
 ⑤薬物アレルギー (なし ・ あり) (薬品名:)

12) その他、気になる症状などがあればご記入ください

