

問診用紙1 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

## 漢方科・鍼灸科

受診される科を○で囲んでください。

フリガナ		性別	年齢	職業
氏名		男・女	才	
受診した理由				
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)	施設名：	診療科 科	診療施設で処方されている薬の名称	
	病名：	( 年 月より)		
服薬中の薬	施設名：	診療科 科	服用中の市販薬・サプリメントの名称	
	病名：	( 年 月より)		
漢方治療 について	経験：なし・あり 治療施設・薬局名	服用した漢方薬の名称		
	治療目的	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	治療内容 全身治療・局処治療		
	治療目的	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。すべて赤ペンで記入してください。

身長・体重・平熱	身長 (            cm)            体重 (            kg)            平熱 (            °C)
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)

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

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


--

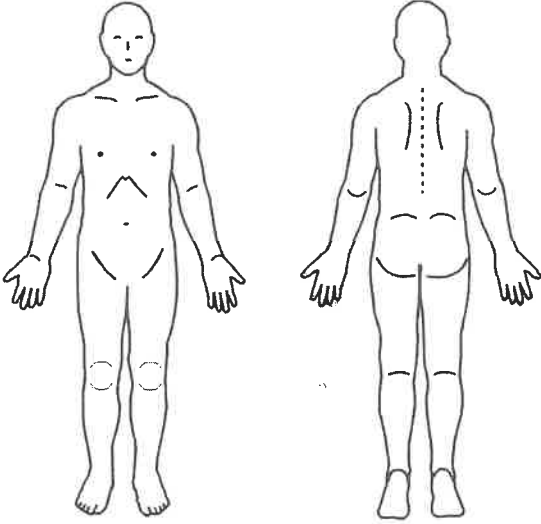
		当てはまる	特にひどい			当てはまる	特にひどい	
<b>鼻</b>	くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>腹</b>	みぞおちの不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	鼻水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胃もたれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		・水っぽい	<input type="checkbox"/>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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痛み	手足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ふるえ	顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
冷え	手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ほてり	顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節のはれ	指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	膝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。すべて 赤ペン 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。

宗教、国籍などの事情により治療に際し特別な配慮をご希望の場合は、下にその内容をご記入ください。

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	）
	北里関連施設から：北里大学病院、北里研究所病院、他（			）
	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（	）		

※ご希望の医師・鍼灸師があればお書きください。 \_\_\_\_\_

「個人情報保護方針」および「診療に伴い発生する資料及び試料の医学研究への利用について」を一読の上、問診用紙をご提出ください。