

漢方外来 初診問診票

漢方医学では、自覚症状がきわ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。（書きたくないところは無理して書かなくて結構です）

氏名 _____ 年齢 _____ 歳（男・女）

住所 〒 _____

電話番号 _____ 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 平均体温 _____ °C

1. もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか。

2. それらの病気や症状は、いつからおこり、どのような経過をとっていますか。

3. 現在他の医療機関におかかりですか。（当院に受診されている方は省略してください）

診断名 _____

薬品名 _____

4. 次の質問にお答えください。（該当する症状に○をして下さい）

① 食欲（0：良い 1：普通 2：低下）

② 睡眠（0：良い 1：寝つきが悪い 2：眠りが浅い 3：よく夢をみる）

③ 便： _____ 回/日

便通（0：普通 1：便秘 2：下痢 3：下痢と便秘が交互にくる）

便の性状（0：普通 1：水様 2：泥状 3：軟便 4：硬くつながっている
5：コロコロ便 6：硬くはないがすっきりとしない）

残便感（0：なし 1：あり） 腹痛（0：なし 1：あり）

腹のはり（0：なし 1：あり） 腹にガスがたまる（0：なし 1：あり）

下剤の服用（0：なし 1：あり） 下剤名（ _____ ）

④ 尿： _____ 回/日

夜寝てからトイレに起きる（0：なし 1：あり < _____ 回 >）

尿の色（0：普通 1：薄い 2：濃い） 残尿感（0：なし 1：あり）

排尿時痛（0：なし 1：あり）

⑤ 月経（0：なし 1：あり） 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

最終月経 _____ 日から _____ 日間

月経周期（ _____ 日周期）（0：順調 1：時に遅れる 2：時に早まる 3：一定しない）

月経期間（ _____ 日間） 月経痛（0：なし 1：月経前 2：前半 3：後半）

鎮痛剤の服用（0：なし 1：あり） 月経量（0：普通 1：少ない 2：多い）

月経周期に関連した不調（0：なし 1：月経前 2：月経中 3：その他の時期）

不正出血（0：なし 1：あり） 帯下（0：普通 1：少ない 2：多い）

妊娠・出産歴： *妊娠 _____ 回 *出産 _____ 回 *自然流産 _____ 回 *人工流産 _____ 回

5. 現在の症状、普段の体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○、著しい場合には◎をつけてください)

*暑がり／寒がり／冷える (全身・手・足・腹・腰・背・その他の部位) / のぼせ／冷えのぼせ
疲れやすい (全身・足・腕・その他の部位) / 身体が重い (全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
だるい (全身・腰・足・腕・その他の部位) / 脱力感 (全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
汗をかきやすい (全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他の部位) / 汗が出ない／寝汗
悪寒 (さむけ) / 悪風 (風にあたったとき不快) / 発熱／微熱／熱感 (熱っぽい) / 眠気が強い
かぜをひきやすい／肥満／やせ (太れない) / 体重増加／体重減少／水分をよくとる／浮腫 (むくみ)

*不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい
気分がむらがある／夜泣き／歯ぎしり／驚きやすい／忘れっぽい

*頭痛 (ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他) / 頭重／めまい (回転性・非回転性)
ふらつき／立ちくらみ／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)
知覚過敏／知覚異常 (ムズムズなどの異常な感覚) / ふるえ／けいれん／歩きにくい／

*胸が苦しい (圧迫感・つまった感じ・しめつけられる感じ・もやもやした・その他) / 胸が痛い／
不整脈 (脈の乱れ) / 動悸 (拍動を感じる)

*咳 (空咳・痰がからむ) / 痰 (水のような・粘っこい・膿のような) /
呼吸困難 (安静時・運動時) / 息切れ

*食後に眠気やだるさを感じる／食べすぎるとすぐ胃腸の調子が悪くなる／すぐ下痢をする
少し食べると腹が張って食べられない／嘔吐／呑気症 (空気を飲んでしまう) / げっぷが多い
悪心・吐き気／胸やけ／胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感／食物が胸につかえる
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／放屁 (おなら) が多い／便意を頻回に催す／痔／肛門痛

*眼痛／視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい／目やに／
眼瞼下垂／複視 (物が二重に見える)

*耳鳴り／頭鳴／耳閉感／難聴／くしゃみ／鼻汁 (水のような・粘っこい・膿のような)
鼻づまり／後鼻漏 (鼻汁がのどに落ちる) / いびき／臭いがわからない
味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇 (水を飲みたい) / 口乾 (口を湿らせた)
口の苦み・粘つき／口臭／口内炎／舌がしみる／舌痛／歯ぐきの痛み
のどの痛み／のどのつまった感／しゃっくり／声かすれ

*発疹・湿疹／にきび／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥
皮膚のかゆみ／皮膚が脂っぽい／色素沈着 (しみ) / 目のくま／あざがしやすい
皮下出血／脱毛 (円形・全般に抜ける) / ふけが多い／いぼ
爪がもろい／爪の異常／手術の傷あとの痛み／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・太腿・足・その他の部位) / こわばり (手指・その他の部位)
こり (肩・背・首筋・腰・その他の部位) / 張り・腫れ (膝・肘・手首・その他の部位)
しびれ (腕・手指・太腿・足・その他の部位) / ほてり (手のひら・足の裏・その他の部位)
足がつりやすい

*不妊／子宮脱／性交痛／乳房の張り／帯下が多い（血性・膿性・その他）

*頻尿（昼間）／夜間頻尿／尿失禁／夜尿症／尿が濁っている／血尿

尿量減少／水を飲む割に尿が少ない／尿の出が悪い（すっきり出ない）／尿閉（尿が出ない）
性機能の減退／会陰部（股間）の不快感／会陰部痛／睾丸痛

*その他、気になる症状があればお書き下さい。

6. 生活習慣についてお聞きします。

*飲酒歴 開始年齢_____歳 中止年齢_____歳
過去の飲酒歴 0:なし 1:あり 飲酒量_____合/日
現在の飲酒歴 0:なし 1:あり 飲酒量_____合/日
*喫煙歴 開始年齢_____歳 中止年齢_____歳
過去の喫煙歴 0:なし 1:あり 喫煙量_____本/日
現在の喫煙歴 0:なし 1:あり 喫煙量_____本/日
*甘いもの好き・辛いもの好き・塩辛いもの好き・肉が好き

7. 今までにかかった病気などについてお聞きします。

*入院歴 _____歳頃（病名：_____） 手術 0:なし 1:あり
_____歳頃（病名：_____） 手術 0:なし 1:あり

*通院歴
_____歳頃（病名：_____）
_____歳頃（病名：_____）
_____歳頃（病名：_____）
_____歳頃（病名：_____）

*輸血歴 0:なし 1:あり _____歳

*黄疸 0:なし 1:あり _____歳

*薬物アレルギー 0:なし 1:あり
（薬品名：_____）

*食物アレルギー 0:なし 1:あり
（種類：_____）

*他アレルギー 0:なし 1:あり 花粉・ダスト・イヌなど
（種類：_____）

ご協力ありがとうございました。

この質問は必須ではありませんが、幅広い情報がより正確な診断の助けとなります。
20題の質問のうち1つでも空欄があると評価できません。ご協力いただける方は、
すべての質問にお答え下さい。あまり深く考えず、直感でお答え下さい。

この1週間の中で、あなたの体や心の状態についてお聞きします。

以下の20の文章を読んでお答えください。

もしこの1週間で、症状がまったくないか、あっても1日も続かない場合は、『ない』のところに
チェックしてください。もし1日以上続く場合は、『1-2日程度(たまに)』『3-4日程度(しばしば)』
『5日以上(ほとんど)』のあてはまるところに、それぞれチェックをしてください。

		この1週間の中で			
1	普段は何でもないことがわずらわしい	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
2	食べたくない、食欲が落ちた	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
3	家族や友達からはげましてもらっても気分が晴れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
4	ほかの人と同じ程度には、自分に能力があると思う	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
5	物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
6	ゆううつだ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
7	何をするのも面倒だ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
8	これから先のことについて、積極的に考えることができる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
9	過去のことについて、くよくよ考える	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
10	恐ろしい気持ちができる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
11	なかなか眠れない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
12	生活について不満なく過ごせる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
13	普段より口数が少ない、口が重い	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
14	独りぼっちで寂しい	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
15	皆がよそよそしいと思う	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
16	毎日が楽しい	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
17	急に泣き出すことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
18	悲しいと感じる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
19	皆が自分を嫌っていると感じる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上
20	仕事が手に付かない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 1-2程度	<input type="checkbox"/> 3-4程度	<input type="checkbox"/> 5日以上