

こやまかわせみクリニック漢方相談 問診表 ①（おもて）

個人情報 は 診療以外に使用することはありません。

記入できる範囲で結構です。診察の参考にさせていただきます。

院長 小山 賀継

ふりがな お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日(____歳)		
郵便番号 ご住所	〒 _____		
お電話番号			
ご職業	立ち仕事・座り仕事・歩く仕事・考える仕事・目を使う仕事・肉体労働		
当クリニックを何 でお知りになりましたか？	近所（建物をみて） _____ 他院からのご紹介（_____病院） インター ネット（ホームページ・ブログ・病院案内サイト） 看板 知人/家族からの紹介 その他（ _____ ）		

一番治したいこと	
いつから始まり、 どのような症状で すか？	いつ・どのように起こって・どんなときにひどくなるか等 簡単に
思い当たる原因は ありますか？	はい（自分で思い当たる原因をお書き下さい） ・ いいえ
アレルギーはあり ますか？	薬： 食べ物：
今までに大きな病 気やけが、手術は ありますか？	あり（病名をお書き下さい） ・ なし
他の病院に通院し ている方のみお答 え下さい。	病院名/診療科： いつから： 診断名： 薬の名称：
今までに服用した ことがある漢方薬	
結婚	未婚 結婚後（_____）年 子供（_____）人 離婚
月経の状況 （女性の方のみご 記入下さい）	初経（_____）才 閉経（_____）才 最終月経（_____月_____日） 月経周期（_____）日 順/不順 出血期間（_____日） 出血量（多/普通/少） 月経痛（ない/軽い/強い）（_____～_____日目） 鎮痛剤の名称（_____） 月経前におっぱいが張る（ある/ない） 月経血の色（薄い/鮮紅色/暗紅色） 塊が混じる（ない/少し/多い） 月経前の症状（ある/ない）（違和感/疼痛/帯下） 分娩（_____）回 自然流産（_____）回 人工流産（_____）回

こやまかわせみクリニック漢方相談 問診表 ② (うら)

<p>当てはまる項目の □にチェック☑を して下さい。選択 肢があるものは○ を付けて下さい。</p>	<p> <input type="checkbox"/> 〈睡眠〉 寝る時間(____時頃) 起きる時間(____時頃) <input type="checkbox"/> □眠い(朝起きれない/夜充分寝ても眠い/睡眠不足で眠い/他) <input type="checkbox"/> □眠れない(寝つきが悪い/途中で目が覚める/眠りが浅い/夢が多い/他) <input type="checkbox"/> 〈小便〉 1日に(____)回 夜間(____)回 <input type="checkbox"/> □出が悪い(残尿感がある/勢いがいい/切れが悪い/尿もれする/他) <input type="checkbox"/> 〈大便〉 排便は(____)日に(____)回 よく(下痢/便秘)をする 便の性状：バナナ状/硬い/コロコロ/やわらかい/泥状/臭いが強い) <input type="checkbox"/> □肩が凝る/首や背中が凝る □関節やすじが痛い(部位：____) <input type="checkbox"/> □手/足などが(しびれる/ふるえる) □体が重くだるい <input type="checkbox"/> □風呂に長く入るとしんどい □つかれやすい <input type="checkbox"/> □汗をよくかく(首/胸/背中/腰/手足/他) □汗をあまりかかない <input type="checkbox"/> □暑がり □冷たいものが好き <input type="checkbox"/> □冷え性/クーラーが嫌い/寒がり □温かいものが好き <input type="checkbox"/> □喉が渇くが、あまり飲まない □喉が渇いて、たくさん飲む <input type="checkbox"/> □目が(疲れる/痛い/かすむ/乾燥する) □目のクマがでしやすい <input type="checkbox"/> □イライラする/怒りっぽい □よく頭痛がする(部位：____) <input type="checkbox"/> □(胸/みぞうち)が脹る □ため息をよくつく □こむら返りが起きる <input type="checkbox"/> □不安感がある □咽がつまる/ふさがる感じがする □やる気がない <input type="checkbox"/> □憂鬱になりやすい □物事を決められない □驚きやすい/恐がり <input type="checkbox"/> □動悸がする □気持ちが落ち着かない □立ちくらみがする <input type="checkbox"/> □胸が(痛い/しめつけられる) □息切れがする □不整脈がある <input type="checkbox"/> □□内炎がでしやすい □□臭がある/□が苦い <input type="checkbox"/> □胃が(もたれる/痛い) □胸やけする □腹が(張る・痛い) <input type="checkbox"/> □げっぷがよくでる □むくむ(部位：手/足/顔/他) □痔がある <input type="checkbox"/> □食後すぐだるくなる/すぐ眠くなる □食欲がない/おいしくない <input type="checkbox"/> □ガス(おなら)がよくたまる/でる □乗り物酔いをしやすい <input type="checkbox"/> □よく風邪をひく □鼻水/鼻づまりがある □よくクシャミがでる <input type="checkbox"/> □咳がでる(から咳/痰がからむ) □痰がでる(量：少ない/多い) <input type="checkbox"/> □息が(吸いにくい/はきにくい) □のどが(痛い/イガイガする) <input type="checkbox"/> □かぶれやすい/アレルギーがある(鼻炎/皮膚炎/薬物/食物/他) <input type="checkbox"/> □耳鳴り □難聴(左・右) □めまいがする □のどをよくはらす <input type="checkbox"/> □腰が痛い/重くだるい □足腰に力が入らない □涼しいと手足が冷える <input type="checkbox"/> □小便の出がわるい □精力の減退を感じる □髪が抜けやすい <input type="checkbox"/> □季節の変わり目に体調が悪くなる □子供の頃病弱だった <input type="checkbox"/> □顔がほてる □手足がほてる(冬も布団から手足を出すことがある) </p>
<p>その他、気になる 症状があればお書 き下さい。</p>	
<p>食事について</p>	<p> 食事は1日(____)回 そのうちお米は(____)回 夕食は何時頃に終える?(____頃) 味の好みは?(濃味/薄味/酸味/苦味/甘味/辛味/塩味/油っぽい味) よく食べる物(揚げ物/魚/乳製品/果物/お菓子/ファーストフード) <input type="checkbox"/> □食べ過ぎることが多い □間食(お菓子)が多い(____) <input type="checkbox"/> □外食/総菜/インスタント/加工食品が多い □あまいものをよく食べる <input type="checkbox"/> □冷たいものが好き □温かいものが好き </p>
<p>飲み物・お酒につ いて</p>	<p> <input type="checkbox"/> □水分をよく取る(習慣で/喉が渇くので/喉は渇かないが心掛けて) 普段よく飲んでいるもの 1日約(____)ml (水/お茶(緑茶/麦茶/その他)/牛乳/ジュース/炭酸飲料/野菜ジュース/ ポカリスエット類/果物ジュース/コーヒー/その他(____)) 酒：日本酒 ビール 他(____)量(____ml)1週間に(____)日 </p>