

漢方 初診問診票

① (おもて)

ふりがな お名前	様	性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	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) ・ホームページ 病院案内サイト ・ Facebook ・ 看板 (どちらの) 知人/家族からの紹介 (様)		

いつから、どの ような症状です か？	
アレルギーはあ りますか？	薬やたべものなど：
大きな病気や手 術の経験はあり 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： *お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください
服用したことが ある漢方薬	
結婚について	未婚/離婚/結婚後 () 年 子供 () 人
月経について *女性の方のみ	初経 (才) 閉経 (才) 月経周期 (日) 順/不順 出血期間 (約 日) 出血量 (多/普通/少) 月経痛 (ない/軽い/強い) 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 帝王切開 (ある/なし) 自然流産 () 回 人工流産 () 回

以下の質問で当てはまるにチェック、選択肢には○を付けてください

睡眠	寝る時間 (時頃) 起きる時間 (時頃) <input type="checkbox"/> 朝起きれない <input type="checkbox"/> 夜充分寝ても眠い <input type="checkbox"/> 睡眠不足で眠い <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 夢が多い
排尿	1日 (回) 夜間 (回) <input type="checkbox"/> 出が悪い (残尿感がある/勢いがない/切れが悪い/尿もれする)
排便	(日) に (回) よく (下痢/便秘) する
便の性状	<input type="checkbox"/> バナナ状 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> においが強い

裏面のご記入もお忘れなくお願いします

当てはまるにチェック、選択肢には○を付けてください ②（うら）

気血水の質問	<input type="checkbox"/> 肩が凝る <input type="checkbox"/> 首や背中が凝る <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 体が重くだるい <input type="checkbox"/> 風呂に長く入るとしんどい <input type="checkbox"/> つかれやすい <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> 汗をよくかく（首/胸/背中/腰/手足/頭） <input type="checkbox"/> 汗をあまりかかない <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> クーラーが嫌い <input type="checkbox"/> 事故や骨折(打撲)したことがある
肝の質問	<input type="checkbox"/> 目が（疲れる/痛い/かすむ/乾燥する） <input type="checkbox"/> クマがでしやすい <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> よく頭痛がする（側頭部/頭頂部/後頭部） <input type="checkbox"/> （胸/みぞうち）が脹る <input type="checkbox"/> ため息をよくつく <input type="checkbox"/> こむら返りが起きる <input type="checkbox"/> 不安感がある <input type="checkbox"/> のどが（つまる/ふさがる）感じがする <input type="checkbox"/> 憂鬱になりやすい <input type="checkbox"/> 物事を決められない <input type="checkbox"/> 驚きやすい <input type="checkbox"/> 恐がり
心の質問	<input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち着かない <input type="checkbox"/> 立ちくらみがする <input type="checkbox"/> 胸が（痛い/しめつけられる） <input type="checkbox"/> 息切れがする <input type="checkbox"/> 不整脈がある
脾の質問	<input type="checkbox"/> 口内炎がでしやすい <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 口が苦い <input type="checkbox"/> 胃が（もたれる/痛い） <input type="checkbox"/> 胸やけする <input type="checkbox"/> 腹が（張る・痛い） <input type="checkbox"/> げっぷがよくでる <input type="checkbox"/> むくむ（部位：手/足/顔） <input type="checkbox"/> 痔がある <input type="checkbox"/> 食後に（だるくなる/すぐ眠くなる） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 乗り物酔いをしやすい
肺の質問	<input type="checkbox"/> よく風邪をひく <input type="checkbox"/> 鼻水/鼻づまりがある <input type="checkbox"/> よくクシャミがでる <input type="checkbox"/> 咳がでる（から咳/痰がからむ） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> のどが（痛い/イガイガする） <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> アレルギーがある（鼻炎/皮膚炎/薬物/食物）
腎の質問	<input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 難聴（左/右） <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> のどをよくはらす <input type="checkbox"/> 腰が（痛い/重だるい） <input type="checkbox"/> 足腰に力が入らない <input type="checkbox"/> 涼しいと手足が冷える <input type="checkbox"/> 小便の出がわるい <input type="checkbox"/> 精力の減退を感じる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 子供の頃病弱だった <input type="checkbox"/> 顔がほてる <input type="checkbox"/> 手足がほてる(冬も布団から手足を出すことがある)
その他気になる症状はありますか？	
食べ物の質問	食事1日（ ）回 そのうちお米（ ）回 パン（ ）回 夕食は（ ）時頃 食べる 毎日日課で食べるものはありますか？（ ） 味の好み（濃味/薄味/酸味/苦味/甘味/辛味/塩味/油っぽい味） 間食の種類（例：チョコ、グミ）（ ） 頻度の多い食は？ <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 惣菜 <input type="checkbox"/> 冷凍食品 <input type="checkbox"/> インスタント <input type="checkbox"/> 甘いもの <input type="checkbox"/> 乳製品（ヨーグルト/チーズ/アイスクリーム/その他） <input type="checkbox"/> おもち <input type="checkbox"/> ファーストフード <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 生の野菜 <input type="checkbox"/> 冷たいものが好き <input type="checkbox"/> 温かいものが好き <input type="checkbox"/> コンビニ食を食べる
飲み物の質問	水分1日（ ）ml 種類は？ <input type="checkbox"/> 喉が渇く <input type="checkbox"/> 喉は乾かないが水分を心掛けている <input type="checkbox"/> ペットボトルの飲料水飲む <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶（ <input type="checkbox"/> 麦茶を飲む） <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 炭酸 <input type="checkbox"/> 野菜ジュース <input type="checkbox"/> ポカリなどスポーツ飲料 <input type="checkbox"/> コーヒー1日（ ）杯 <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 酎ハイ <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ウイスキー お酒は1日（ ）杯/（ ）ml
生活習慣の質問	<input type="checkbox"/> 電子レンジ使用（する/しない） <input type="checkbox"/> 電気(毛布/カーペット) 使用（する/しない） <input type="checkbox"/> 洗髪後すぐ髪を（乾かす/乾かさない） <input type="checkbox"/> ヒートテック（着る/着ない） <input type="checkbox"/> IHで調理（する/しない） <input type="checkbox"/> 長風呂（する/しない） <input type="checkbox"/> ホカロン（使う/使わない）