



< 漢方外来 >

受付時間 : サイン

ID _____ お名前 _____ ご年齢 _____ 性別 男・女

1) 現在の症状及び、しばしば起こる症状に○をおつけください。		
1, 頭が (痛い・重い)	15, 全身が (だるい・疲れやすい)	27, 咳が出る
2, 目が (痛い・かすむ・疲れる・充血)	16, 毛髪 (脱毛・細い)	28, 尿の出が悪い
3, 鼻炎	17, 汗が (多い・少ない)	29, むくみがある
4, 耳鳴り 右・左	汗が多い時間帯: 日中・就寝中	30, 不眠 (寝つきが悪い・中途覚醒)
5, 口が (乾く・荒れる)	18, 血圧が (高い・低い)	31, 不安感がある
6, 喉が (痛い・乾く)	19, 動悸	32, 気分の落ち込み
7, 首・肩・背中が (痛い・こる)	20, めまい	33, イライラする
8, 手が (痛い・しびれる) 右・左	21, のぼせる	34, 怒りやすい
9, 胸が (痛い・苦しい・胸焼け)	22, 吐き気	35, 喘息
10, 胃が (痛い・もたれる)	23, 食欲がない	36, アトピー性皮膚炎
11, 腹が (痛い・張る)	24, 便秘	37, 皮膚が乾燥する(上半身・全身)
12, 腰が (痛い・重い)	25, 下痢	38, 花粉症
13, 足が (痛い・だるい・しびれる)	26, 痰が (水様性・膿性)	39, 冷え症 (季節によるもの・一年中)
14, 関節が痛い (部位: _____)	痰が出る時間帯: 朝・夜・一日中	40, 生理不順
【上記以外の症状はありますか?】 _____		
【今一番治したい症状はなんですか?】 _____		
2) 今までに大きな病気にかかったことや、手術を受けたことがありますか?		はい・いいえ
「はい」の場合、何歳ごろ何の病気にかかられましたか? また、手術の名前もお分かりでしたらお答え下さい。		
何歳頃(_____)		
病名(_____)		
手術名(_____)		
3) 現在飲んでいるお薬はありますか?		はい・いいえ
「はい」の場合、お薬の名前をおしえてください。		
薬剤名(_____)		
4) 女性の方にお聞きします。		
月経は規則的にありますか		順調・不調
月経は何日周期ですか		日型
月経の出血量は		多い・普通・少ない
月経痛は強いですか		強い・普通・弱い
初潮(生まれて初めての月経)は何歳でしたか		歳
閉経(月経がなくなる)は何歳でしたか		歳
妊娠中ですか? または妊娠の可能性はありますか?		はい・いいえ
授乳中ですか?		はい・いいえ