

ID:

# ＜漢方外来＞ 問診票

フリガナ

名前: \_\_\_\_\_

年齢: \_\_\_\_\_ 歳

性別: 男・女

## 1. 現在の症状及び、しばしば起こる症状に✓又は○を付けてください

<input type="checkbox"/>	頭	痛い・重い	<input type="checkbox"/>	血圧	高い・低い	<input type="checkbox"/>	動悸
<input type="checkbox"/>	目	痛い・霞む・疲れる・充血	<input type="checkbox"/>	鼻炎		<input type="checkbox"/>	めまい
<input type="checkbox"/>	口	乾く・荒れる	<input type="checkbox"/>	咳		<input type="checkbox"/>	のぼせる
<input type="checkbox"/>	首肩背中	痛い・こる	<input type="checkbox"/>	喉	痛い・濁く	<input type="checkbox"/>	吐き気
<input type="checkbox"/>	手	痛い・痺れる	<input type="checkbox"/>	痰	水様性・膿性	<input type="checkbox"/>	食欲がない
<input type="checkbox"/>	胸	痛い・苦しい・胸焼け			出る時間帯:	<input type="checkbox"/>	便秘
<input type="checkbox"/>	胃	痛い・もたれる	<input type="checkbox"/>	尿が出づらい		<input type="checkbox"/>	下痢
<input type="checkbox"/>	お腹	痛い・張る	<input type="checkbox"/>	浮腫み		<input type="checkbox"/>	耳鳴り
<input type="checkbox"/>	腰	痛い・重い	<input type="checkbox"/>	不眠（寝つきが悪い・途中覚醒）		<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/>	足	痛い・痺れる・だるい	<input type="checkbox"/>	不安感がある		<input type="checkbox"/>	皮膚の乾燥
<input type="checkbox"/>	汗	多い・少ない	<input type="checkbox"/>	気分の落ち込み		<input type="checkbox"/>	毛髪（脱毛・細い）
		多い時間帯:	<input type="checkbox"/>	イライラする		<input type="checkbox"/>	喘息
<input type="checkbox"/>	関節痛	部位:	<input type="checkbox"/>	怒りやすい		<input type="checkbox"/>	花粉症
<input type="checkbox"/>	全身	だるい・疲れやすい	<input type="checkbox"/>	冷え症（季節による・一年中）		<input type="checkbox"/>	生理不順
<input type="checkbox"/> その他:							

・一番治したい症状はどれですか ( )

## 2. 現在、治療中の病気はありますか

いいえ

はい 病名:

投薬: 有り・無し

## 3. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

いいえ

はい 病名:

手術の経験あり 病名 又は部位:

いつ頃:

## 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 周期

・月経の出血量はどのくらいですか

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

・現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか

はい

いいえ

・現在、授乳中ですか

はい

いいえ

＜職員記入欄＞ 日付:

紹介状: あり・なし

薬手帳: あり・なし

受付: