

問診表

年 月 日

氏名	年齢 () 歳 (女・男性)
具合の悪いところ	
どんな治療をご希望ですか	一般内科 (健康保険内) 漢方治療 (健康保険内) 漢方自由診療 (自費)
これまでかかれた病気	なし あり →具体的に
食物や薬のアレルギー	なし あり →具体的に
嗜好品	アルコール: 種類 () 週に () 回 量 () タバコ: 吸わない 吸っている・いた (歳 ~ 歳) 本/日
ご家族の病気について	高血圧、糖尿病、心臓病、高脂血症、がん、膠原病などの方がおられましたらお書きください。
当てはまるものを○で囲んで下さい。 特にひどいものに◎をつけて下さい。	<p>〈食欲〉よい ふつう ない 〈睡眠〉よい 眠れない 〈小便〉1日に () 回位 夜間に () 回位 1回量が 多 普通 少 〈大便〉 () 日に () 回位 硬い ふつう 軟い 下痢 出にくい 痔がある 下剤を服用していますか () を週 () 回位 くしゃみ 鼻汁 鼻づまり のどが痛む 咳 痰 ぜいぜいいう 息切れ 動悸 胸痛 口が苦い 生唾が出る ゲップ 胸やけ みずおちがつかえる 嘔気 嘔吐 腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスが多い 頭痛 頭重 めまい 立ちくらみ 耳鳴り のぼせる イライラする 視力低下 眼が疲れる 首の後ろがこる 背中がこる 肩がこる 腰痛 手足が痛む しびれる ふるえる 冷える ほてる むくむ 疲れ易い 口渇 多汗 寝汗をかく 顔がむくむ</p> <p>(女性の方に) 初経 () 歳 閉経 () 歳 最終月経 (月 日) 月経 順・不順 月経周期 () 日 出血期間 () 日 出血量 多・普通・少 排卵痛 月経痛 おりもの 分娩 () 回 自然流産 () 回 人工流産 () 回</p>
他の診療機関への通院について	病医院名 () 薬の名前 診断名
今までに服用したお薬・漢方薬について	なし あり →具体的に