

問診票

平成 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H
名前			年 月 日 (満 歳)	
住所	〒 -		職業	
自宅tel	()		※左記連絡先に連絡 (可・不可)	
携帯tel	()			
メールアドレス				
当クリニックを何でお知りになりましたか？ ホームページ・携帯ホームページ・他院からの紹介・知人からの紹介・看板を見て・雑誌・その他 ()				
今日は何がお困りで 来院されましたか？				
今まで何か大きな病気に かかったことがありますか？	(才)	(才)	(才)	(才)
現在通院中ですか？	病名	服薬中の薬	病院名	
健康診断を定期的を受けていますか？ (はい・いいえ) 最近受けたのはいつですか？ (年 月頃)				
御家族の中に病気の方はいますか？				
父 ()	健/病/死	祖父母 ()	健/病/死	
母 ()	健/病/死	兄弟 ()	健/病/死	
結 婚 (結婚・未婚)	結婚後 ____ 年	配偶者 ____ 才	子供 ____ 人	
酒 ____ 合/日	体重 ____ kg			
たばこ ____ 本/日	身長 ____ cm			
薬にアレルギーはありますか？ (あり・なし) ありの方、薬 _____				

漢方外来を希望の方はご記入下さい。

食欲 (あり・普通・なし)
睡眠 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める)
便 ____ 日に ____ 回 (硬・普・軟・水様・出にくい・痔がある)
下剤を服用している方 薬品名 _____
尿 ____ 回/日 就寝中トイレに起きる (あり ____ 回・なし)
月経 月経周期 (順・不順) ____ 日周期 (生理痛がある・おりものがある)
閉経 ____ 歳
牛乳を飲んでお腹の調子が悪くなる事がありますか？ (あり・なし)
今までに漢方を服用したことがありますか？ (あり・なし) ありの方、薬品名 _____

●下記の症状で該当するものがあれば○をつけて下さい●

くしゃみ 鼻水 鼻つまり 喉が痛む 咳 痰 喘息 息切れ 動悸 胸痛 口が苦い
生唾が出る ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 腹痛 腹がはる 腹鳴
ガスが多い 頭痛 頭重感 めまい 立ちくらみ 耳鳴 のぼせ イライラする 視力低下
目が疲れる 首の後ろが凝る 背中が凝る 肩凝り 腰痛 手足の痛み しびれ ふるえ
冷える ほてる むくみ 疲労感 喉の渇き 多汗 寝汗をかく 唇の乾燥 体重増加 体重減少