

漢方内科問診票

年 月 日

フリガナ

お名前： _____ 本日の体温： _____ °C
 〒 _____

住所（初回ご来院の方のみ）： _____ 携帯電話： _____

- 本日まで希望の治療はなんですか。
 困っている症状の漢方治療〔 症状： _____ 〕
 治療中の症状に、漢方を併用したい
 現在服用中の漢方薬についての相談 服用中の漢方：〔 _____ 〕
- 常用している薬はありますか。（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡してください。）
 いいえ はい 薬名〔 _____ 〕
- 薬や食品などにアレルギーはありますか。
 いいえ はい 薬、食品名〔 _____ 〕
- 飲酒： 以前から飲まない _____ 年前にやめた 飲む（1回あたり _____ 合／週 _____ 回）
- 喫煙： 以前から吸わない _____ 年前にやめた 吸う（1日あたり _____ 本／喫煙年数 _____ 年）

6 最近3ヶ月以内で、該当する症状を✓してください。

<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 憂鬱・不安感	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 咳がでる	<input type="checkbox"/> 胃がもたれる	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 頭重感
<input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい	<input type="checkbox"/> 痰がからむ	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> よく目が覚める	<input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> 話し疲れる	<input type="checkbox"/> 口の中がねばねばす	<input type="checkbox"/> 胸焼け	<input type="checkbox"/> すぐ怒る	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
<input type="checkbox"/> 手足が冷える	<input type="checkbox"/> 口くしゃみ	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> 手足がほてる	<input type="checkbox"/> 鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/> しゃっくり	<input type="checkbox"/> パニック	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ
<input type="checkbox"/> 肌・唇が乾燥する	<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 驚きやすい	<input type="checkbox"/> 手のこわばり
<input type="checkbox"/> 汗をかきやすい	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 目が疲れる	<input type="checkbox"/> 関節痛
<input type="checkbox"/> 吹き出物	<input type="checkbox"/> ゼーゼーする	<input type="checkbox"/> 尿の色が濃い	<input type="checkbox"/> やる気がない	<input type="checkbox"/> 足の裏が痛い
<input type="checkbox"/> 額がオイリー	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 夜間の頻尿	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 首や肩が痛い
<input type="checkbox"/> のどが渇きやすい	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 両脇が痛む	<input type="checkbox"/> 背部痛・腰痛
<input type="checkbox"/> 目の下にクマがでやすい	<input type="checkbox"/> 胸がつまる感じ	<input type="checkbox"/> 排尿痛・血尿	<input type="checkbox"/> お腹が張る	<input type="checkbox"/> 下肢のむくみ
<input type="checkbox"/> その他の症状：〔 _____ 〕				

- 宗教や文化などの事情により、治療に関して特別な配慮を希望されますか。
 いいえ はい〔 _____ 〕

女性の方のみご記入ください

- 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 いいえ はい〔 _____ 週目〕
- 現在、授乳中ですか。 いいえ はい〔 _____ 回／日〕
- 生理不順などありますか。 いいえ はい〔 早まる 遅れる 生理痛 _____ 〕