

漢方内科 問診表 1

西国立整形外科クリニック

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 年齢()歳 身長()cm 体重()kg 職業()

住所

※保険証に住所の記載がない方のみ、ご記入ください。

自宅電話番号

携帯電話番号

※緊急の連絡がある場合に、利用させていただきます。差し支えなければご記入下さい。

現在最も気になる症状をお書き下さい。

症状の出始めた時期と今の状態をお書き下さい。

過去の病気について

手術：ない・ある（病名： ） 入院：ない・ある（病名： ）

輸血：ない・ある 通院：ない・ある（病名： ）

アレルギー（疾患・喘息・鼻炎・皮膚炎・その他）

薬：

食べ物：

現在、他の病院に通院している方に

病院名： 現在内服中の薬

診療料：

いつから：

診断名

家族について

父 ()人 健康・病気（病名： ）死亡（病名： ）

母 ()人 健康・病気（病名： ）死亡（病名： ）

配偶者 ()人 健康・病気（病名： ）死亡（病名： ）

兄弟の数 ()人

結婚 未婚 結婚後(年) 別居 離婚 死別 子供()人

これまで服用した漢方薬

ない

漢方薬の名称：

ある（病院・薬局名）：

煎じ薬：

粉薬・錠剤：

漢方薬は煎じ薬・エキス剤のどちらを希望しますか 煎じ薬 エクス剤 相談して決めたい

月経の症状（女性のみ）

初経()歳 閉経()歳 最終月経(月 日) 妊娠の可能性(なし・あり)

順・不順 月経周期()日 出血期間()日 出血量(多・普通・小)

月経痛(~ 日目)

排卵痛 月経前の違和感・疼痛 帯下 分娩()回 自然流産()回 人工流産()回

次頁のご記入もお願いします

漢方内科 問診表 2

飲食物について

甘いもの 塩辛いもの 辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの
肉(牛・豚・鳥) 魚(焼・煮・刺身) 野菜(生・温) 海草 卵 乳製品 果物
菓子 炭酸飲料

嗜好品について

酒：日本酒 ビール ウイスキー その他() 量() 週に()日
タバコ：吸わない 吸っていたことがある(歳～ 歳) 吸っている(歳～)・・・()本/日
飲み物：コーヒー 紅茶 日本茶 その他() 1日()杯

当てはまるものを○、特にひどいものを◎で囲んで下さい。

食欲：よい 普通 ない

睡眠：よい 眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める) 夢をよく見る

小便：1日に()回位 夜間に()回位 一回量が(多い・普通・少ない)
排尿困難 排尿痛 尿がもれる

大便：日に()回位 (硬い・普通・軟らかい) 下痢 出にくい 痔がある
下剤を服用していることならその名称()

疲れやすい 気分が憂鬱になる ものを忘れをする イライラする 汗をかきやすい 寝汗をかく

頭痛 頭重 頭鳴 耳鳴 難聴 めまい のぼせる 立ちくらみ

視力低下 眼が疲れる 目がかすむ 目がショボショボする 目のクマができやすい

くしゃみ 鼻汁 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血

のどが痛み 生唾がでる ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 乗り物酔い

腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスがよく出る 性欲の減退

爪がもろい 髪が抜けやすい 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ

しもやけができる 足に力が入らない 足がふらつく 手がこわばる

こる : 首 肩 背中 腰 その他()

痛む : 手 足 肩 膝 腰 その他()

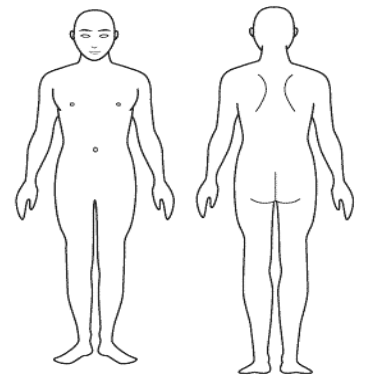
しびれる : 手 足 その他()

ふるえる : 手 足 その他()

冷える : 手 足 腰 全身 その他()

ほてる : 顔 手 足 その他()

むくむ : 顔 手 足 その他() 症状のある所を○で囲んでください



その他気になる症状があればお書き下さい。

{

当院をどちらで知りましたか？

通りすがり 勤務先から近い 知人・家族の紹介
広告を見て ホームページ