

【問診票】

記入日____年____月____日 近藤病院 針・お灸・漢方外来

漢方医学では、自覚症状がきわめて大切な情報となります。
お手数ですが、ぜひご協力ください。＊ご記入可能な範囲で結構です。

氏名：_____年齢：_____歳 生年月日：____年____月____日（男・女）

住所：〒_____－_____ TEL: _____（ ）

身長：_____cm 体重：_____kg 職業：_____

- ＊当病院・漢方外来はどのような媒体でお知りになりましたか。
- ・当院ホームページ（検索ワード：_____） ・ 病院検索サイト（サイト名：_____）
 - ・近所 ・ 紹介（ 家族 ・ 友人 ・ その他_____） ・ 相談ダイヤル
 - ・院内掲示物 ・ その他（_____）

1. もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか。つらい症状等を教えてください。

2. それらの病気あるいは症状はいつからはじまり、
現在までどのような経過をとっていますか？

3. 現在、他の医療機関におかかりですか。

＊診断名：_____

＊投薬名：_____

4. 次の質問にお答えください。（該当する症状に○をして下さい）

- 1) 食欲：良い・普通・低下・ない・自分で制限している
- 2) 睡眠：良い・寝つきが悪い・眠りがあさい・よく目がさめる・よく夢をみる
- 3) 大便：＊_____回/日 ＊腹痛：（あり・なし）
＊下痢（水様・泥状・しぶる） ＊腹のはり：（あり・なし）
＊便秘（コロコロ便・硬くはないがすっきりしない）
＊下剤の服用（あり・なし） ＊下痢での腹痛（あり・なし）
- 4) 尿 ：＊_____回/日 （夜間_____回）
＊尿の色（濃い・普通・薄い） ＊残尿感（あり・なし）
＊排尿時痛（あり・なし） ＊排尿困難（あり・なし）
- 5) 月経：＊初潮_____歳 ＊閉経_____歳
＊最終月経_____月 _____日から _____日間
＊月経痛（あり・なし） ＊鎮痛剤の使用（あり・なし）
＊月経不順（あり・なし） ＊月経量（多い・普通・少ない）
- 6) 妊娠・出産歴：＊妊娠____回＊出産____回＊自然流産____回＊人工流産____回

5. ふだんの体質傾向についておたずねします。（該当する症状に○ 著しい場合には◎をつけてください。）

- ＊寒がり/電気毛布やアンカがはなせない/冷房が嫌い/熱いものを好む/しもやけがよくできる
- ＊あつがり/薄着でも平気である/冷たいものを好む/水分をよくとる
- ＊すぐ疲れてしまう/かぜをひきやすい/寝汗をかきやすい/すぐ下痢をする/
食事のあと眠くなったり、だるくなったりする/食べ過ぎると胃腸の具合が悪くなる
- ＊朝起きるのがつらい/冷え・のぼせを起こしやすい/物事におどろきやすい/
あざができやすい/皮膚が乾燥し荒れやすい/めまいをおこしやすい/車酔いしやすい

6. 現在の症状についてお答えください。（該当する症状に○ 著しい場合には◎をつけてください。）

- ＊熱感/悪寒/寒気のみで熱感なし/発汗/微熱
- ＊倦怠感/疲れやすい/無気力
- ＊ゆううつ感/不安感/のどの詰まった感じ
- ＊冷えのぼせ/動悸/発作的に汗をかく/焦燥感/物事に敏感でびくつく
- ＊息切れ/脈の乱れ/胸のしめつけられる感じ/
胸が苦しい（圧迫感・しぼるような・重苦しい・鈍痛・もやもやした・その他）
/背中中の痛み、凝り
- ＊めまい/体がふらふらする/頭重/耳なり
頭痛（部位：全体・後頭・前頭・右頭・左頭）

症状（ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他）
 ＊咳/呼吸困難/痰/声かすれ/のどの奥の乾燥
 ＊少し食べるとお腹がはって食べられなくなる/味がしない/悪心/嘔吐/胸やけ/
 腹痛（上腹・下腹・移動性）/酸っぱい水があがってくる
 ＊目が疲れる/かすむ/乾燥する/まぶしい/目が充血する/口の苦み/怒りっぽい/
 筋肉のけいれん/季肋部（肋骨のいちばん下あたり）が重苦しい
 ＊毛が抜ける/健忘/腰痛、腰のだるさ/性機能減退/手のひら、足の裏がほてる
 ＊顔のむくみ/目の痛み/くしゃみ/鼻水/鼻づまり/のどの痛み
 ＊のどがかわく（水分を欲する・口をすすぐ程度）/飲む割に尿が少ない
 ＊首筋の凝り/肩の凝り/肩の痛み/腕や手の痛み、しびれ
 ＊お腹のはり/お腹がゴロゴロいう
 ＊臀部の痛み/腿の痛み、しびれ/足の痛み、しびれ/足のだるさ/足の冷え/足が重たい
 ＊膝関節の腫れ/膝関節の痛み/膝が重たい
 ＊その他、気になる症状があればお書き下さい。

7. ご家族・ご血縁のことについてお伺いします。

父方	*祖父：	健康	病気	死亡（病名	）
	*祖母：	健康	病気	死亡（病名	）
母方	*祖父：	健康	病気	死亡（病名	）
	*祖母：	健康	病気	死亡（病名	）
＊父母	父：	健康	病気	死亡（病名	）
	母：	健康	病気	死亡（病名	）
＊兄弟姉妹					
（兄・弟・姉・妹）：					健康 病気 死亡（病名）
（兄・弟・姉・妹）：					健康 病気 死亡（病名）
（兄・弟・姉・妹）：					健康 病気 死亡（病名）
（兄・弟・姉・妹）：					健康 病気 死亡（病名）
＊配偶者					：健康 病気 死亡（病名）

＊子供（例：長男・長女）					
（	男・	女）	：	健康 病気 死亡（病名）	
（	男・	女）	：	健康 病気 死亡（病名）	
（	男・	女）	：	健康 病気 死亡（病名）	
（	男・	女）	：	健康 病気 死亡（病名）	
＊同居者					：健康 病気 死亡（病名）

8. 嗜好品についてお伺いします。

＊アルコール：＊飲まない				
＊現在は飲んでいない（歳～歳まで）				
＊飲んでいる（歳～）（合/日）				
＊タバコ：＊喫わない				
＊現在は喫っていない（歳～歳まで）				
＊喫っている（歳～）（本/日）				
＊甘いもの好き ＊辛い物好き ＊塩辛いもの好き ＊肉が好き				

9. これまでにかかった主な病気についてお書きください。

＊入院歴（歳：病名）手術（あり・なし）				
（歳：病名）手術（あり・なし）				
（歳：病名）手術（あり・なし）				
＊通院歴（歳：病名）（歳：病名）				
（歳：病名）（歳：病名）				
＊輸血（なし・あり _____歳）				
＊黄疸（なし・あり _____歳）				
＊薬物アレルギー（なし・あり _____）				

ご協力ありがとうございました。