

証クリニック 問診表(表)

記入日

※以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。
なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

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。よろしければご記入ください。				

一番治したいこと

いつから始まりどのような状態ですか

家族の状況

父	()歳	健康・病気(病名:		)・死亡(病名:	
母	()歳	健康・病気(病名:		)・死亡(病名:	
配偶者	()歳	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
----	----	---------	----	----	----	--------

今までに罹った大きな病気

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:	現在服用中の薬の名称:
診療科:	
いつから:	
診断名:	

今までに服用した漢方薬

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	エキス剤	相談の上で決めたい
-------------------------	-----	------	-----------

月経の状況(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・少)
月経痛(~ ()日目)	鎮痛剤を使用しているならその名称()		
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	

証クリニック 問診表(裏)

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ならその名称()

疲れやすい 気分が憂鬱になる もの忘れをする 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 目のクマがしやすい

くしゃみ 鼻汁 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血

のどが痛む のどがつかえる のどが渇く 水分をよくとる 口の中が乾燥する 唇が乾く

咳 痰 喘鳴 息切れ 動悸 胸痛

口が苦い 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 皮膚がカサカサする 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()

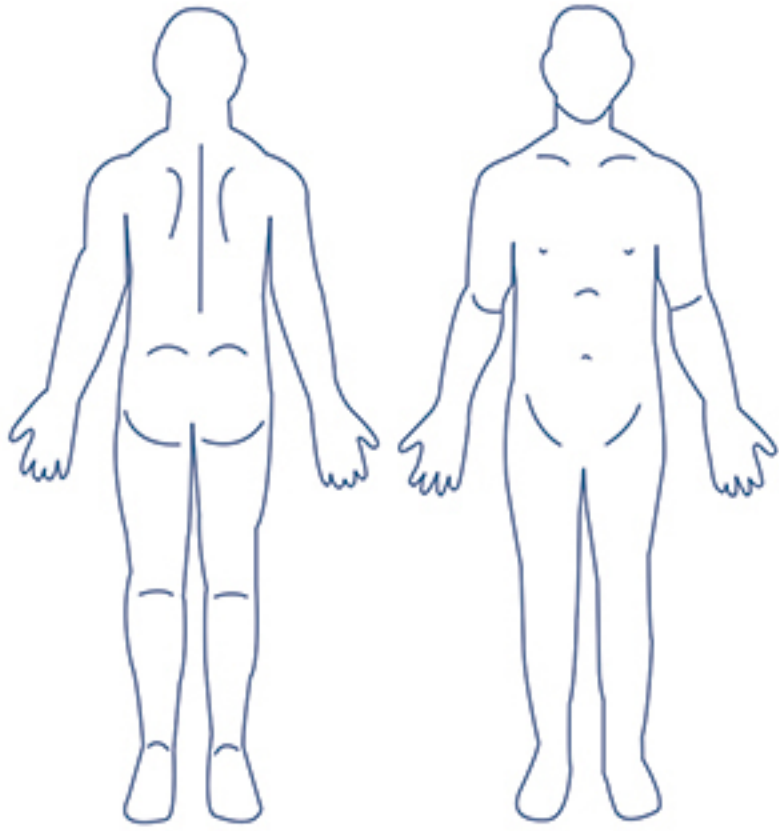
ふるえる： 手 足 その他()

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()

その他気になる症状があればお書き下さい。



※上記の図で症状のあるところを
斜線で示して下さい。

よく食べる飲食物

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

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

当院受診の理由(いくつでも)

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介(紹介者：)

新聞・雑誌・本で見て(名称：) インターネット

医師の勧め() その他()