

問診用紙1 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

漢方外来

フリガナ	性別	年齢	職 業
氏 名	男・女	才	
受診した理由			
症状の経過			
ご自身以外の 家族状況	父 (才) 健康・病気 (病名) ・死亡 (病名) 母 (才) 健康・病気 (病名) ・死亡 (病名) 配偶者 (才) 健康・病気 (病名) ・死亡 (病名) 兄弟数 (人)		
結 婚	未婚 結婚後(年) 別居 離婚(年前) 死別(年前) 子供(人)		
今までに かかった 大きな病気	手術：なし・あり 手術名 輸血：なし・あり		
現在通院中の 他の診療施設 (病院・医院など) ・ 服用中の薬	施設名： 診療科 科 病名： (年 月より) 施設名： 診療科 科 病名： (年 月より)		診療施設で処方されている薬の名称 服用中の市販薬・サプリメントの名称
漢方治療 について	経験：なし・あり 治療施設・薬局名 治療目的	服用した漢方薬の名称 用いた剤型 (煎じ薬 ・ 粉薬 ・ 丸剤 ・ エキス剤 ・ 錠剤) その他 ()	
鍼灸治療 について	経験：なし・あり 治療施設名 治療目的	治療内容 全身治療・局所治療 用いた治療法 (鍼・灸・刺絡・その他)	

問診用紙2 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

身長・体重・平熱	身長 (cm) 体重 (kg) 平熱 (℃)
薬物 アレルギー	なし・あり 薬品名
食物 アレルギー	なし・あり シナモン 卵 エビ カニ ヤマイモ ゴマ 小麦 そばゼラチン その他 ()
その他の アレルギー	なし・あり 花粉 (具体名) 金属 (具体名) 化学物質 (具体名) ハウスダスト ダニ 寒冷 洗剤 植物 その他 ()
好きな 飲食物	甘いもの しょっぱいもの 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) 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料 その他 ()
苦手な 飲食物	シナモン さんしょう セロリ ショウガ ヤマイモ ゴマ その他 ()
嗜好品	飲酒：全く飲まない 以前は飲んでいたがやめた つきあい程度に飲む 習慣的に飲む：ビール ワイン 日本酒 焼酎 ウイスキー その他 () 1日 (合) 相当を週に (日) 喫煙：吸わない 以前吸っていた：(才) から (才) まで 現在吸っている：(才) から1日 (本) を (年間) 喫茶：コーヒー 紅茶 日本茶 その他 () を1日 (杯)
食習慣	食生活 (規則的・不規則) 間食 (する・しない) 夜食 (する・しない)
運動習慣	ほぼ毎日運動する ときどき運動する ほとんどしない まったくしない 運動内容 ()

月経の状況	初経 (才) 最終月経 (月 日から 月 日) 妊娠の可能性：なし・あり 月経周期 (日周期) 出血期間 (日間) 鎮痛剤やピルの使用：なし・あり その名称 () 分娩 (回) 自然流産 (回) 人工流産 (回) 不妊治療：なし・あり 閉経 (才)
-------	--

問診用紙3 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

当てはまる症状に○（特にひどい場合は◎）をつけ、必要事項を記入してください。
「はっきりしない」場合や「どちらかといえば当てはまる」という場合は△をつけてください。

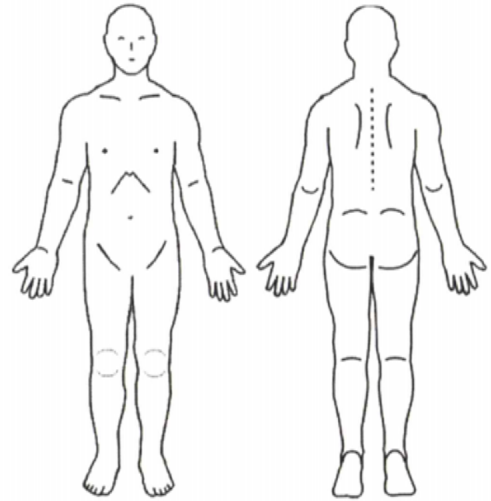
睡眠	よい・ふつう 夢をよく見る	眠れない（内容：寝つきが悪い・途中で目が覚める・熟睡できない・その他） 日中すぐ眠くなる 生あくびが出る				
食欲	よい・ふつう 食欲がない（内容：食欲がなく食べられない・食欲はないが食べられる・その他） 食べられない（内容：食欲がなく食べられない・食欲はあるのに食べられない・その他）	食べ過ぎることが多い				
小便	排尿回数（1日） 排尿回数が多い 1回の尿量が多い	回数そのうち夜間就寝中 排尿回数が少ない 1回の尿量が少ない	回数 排尿困難	回数 排尿痛	回数 尿もれ	回数 残尿感
大便	排便回数（1日） 排便回数が多い 痔がある 下剤・下痢止めの薬を服用している（薬の名称	回数あるいは 排便回数が少ない 便の硬さの異常（内容：ウサギ糞状・硬い・柔らかい・泥状・水様・その他）	回数 残便感	回数 よく便秘になる	回数 よく下痢になる	回数
全身症状	疲れやすい 性欲減退 汗をかきにくい	体がだるい 寝汗をかく 汗をかきやすい（部位：顔・わきの下・手のひら・足のうら・全身・その他）	身のおきどころがない			
精神	憂うつ すぐ怒る 感情の起伏が激しい（多い感情：怒り・喜び・物思い・憂うつ・恐れ・その他）	不安感 イライラ	パニック 驚きやすい	もの忘れ	やる気が出ない	
頭	頭痛 めまい（めまいの性質：グルグル・ふわふわ・その他） のぼせ	頭重 頭がボーッとする	頭鳴 乗り物酔い	立ちくらみ		
目	視力低下 ショボショボする	目が疲れる クマがしやすい	目がかすむ	充血しやすい		
鼻	くしゃみ 鼻がつまる	鼻水 鼻血	鼻水がのどにおりる			
耳	耳鳴	難聴	耳がつまる感じ			
口	口の中が乾く 生唾がでる 舌が痛む	口が苦い 味がわからない 口内炎がしやすい	口がねばつく 変な味がする 唇が乾く			
のど	のどの痛み 水分をよくとる	のどのつかえ 声のかすれ	のどの違和感	のどが渴きやすい		
胸	痰が出る（痰の色：白・黄・茶・赤・緑・その他） 咳 胸がつまる感じ	呼吸時に音が鳴る 胸苦しき	息切れ 胸やけ	動悸	胸痛	
腹	みぞおちのつかえ 腹痛（痛む場所：臍の周囲・下腹部・右脇腹・左脇腹・その他） 腹が張る	みぞおちの痛み 腹が鳴る	胃もたれ おならがよく出る	ゲップ	吐き気	嘔吐
皮膚	カサカサ 吹き出物	ジクジク 爪がもろい	かゆみ 髪が抜ける	しもやけ		
手足	手のこわばり	手足がだるい	足に力が入らない	足がふらつく	こむら返り	
月経関連	月経不順 月経前の違和感	出血量が多い 月経前の痛み	出血量が少ない 帯下の異常	月経痛	排卵痛	

問診用紙4 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

当てはまる症状に○（特にひどい場合は◎）をつけ、必要事項を記入してください。

「はっきりしない」場合や「どちらかといえば当てはまる」という場合は△をつけてください。

- こり (首・肩・背中・腰・その他)
- 痛み (手・足・肩・膝・腰・その他)
- しびれ (顔・手・足・その他)
- だるい (腕・足・腰・全身・その他)
- ふるえ (顔・手・足・その他)
- ピクピクする (目・手・足・顔・その他)
- 冷え (手・足・腰・腹・背中・全身・その他)
- ほてり (顔・手・足・その他)
- かゆみ (顔・手・足・全身・その他)
- むくみ (顔・手・足・その他)
- 関節のはれ (肘・手首・指・膝・足首・その他)
- 身体の違和感 (顔・手・足・その他)



症状のあるところを
上記の図に で示して下さい。

その他 気になる症状があればお書き下さい。

宗教、国籍などの事情により治療に際し特別な配慮をご希望の場合は、下にその内容をご記入ください。

当院を選択した理由 (いくつでも)	知人・家族の紹介 (紹介者)	医師の勧め (紹介医)
	北里関連施設から：東洋医学総合研究所、北研病院、北研クリニック、他 ()	
	自宅から近い	勤務先から近い
	新聞・雑誌・本 (名)	テレビ・ラジオ番組 (名)
	講演会 (名)	インターネット (名)
	その他 ()	