

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。

内科系漢方外来

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 病気: (年 月より) 施設名: 診療科 科 病気: (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 ()	

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	食べ過ぎることが多い 食欲がない(内容:食欲がなく食べれない・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)
小便	排尿回数(1日) 排尿回数が多い 1回の尿量が多い	回位そのうち夜間就寝中 回位) 排尿回数が少ない 1回の尿量が少ない 排尿困難 排尿痛 尿もれ 残尿感
大便	排便回数(1日) 排便回数が多い 痔がある	回位あるいは 日位に1回) 排便回数が少ない 残便感 よく便秘になる よく下痢になる 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) 下痢・下痢止めの薬を服用している(薬の名称:)
全身症状	疲れやすい 性欲減退	体がだるい 身のおきどころがない 寝汗をかく 汗をかきにくい 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)
精神	憂鬱 すぐ怒る	不安感 パニック もの忘れ やる気が出ない インポテンツ イライラ 驚きやすい 感情の起伏が激しい(多い感情:怒り・喜び・物思い・憂鬱・恐れ・その他)
頭	頭痛	頭重 頭鳴 立ちくらみ めまい(めまいの性質:グルグル・ふわふわ・その他) のぼせ 頭がボーっとする 乗り物酔い
目	視力低下	目が疲れる 目がかすむ 充血しやすい ショボショボする クマがしやすい
鼻	くしゃみ	鼻水 鼻水がのどにおりる 鼻がつまる 鼻血
耳	耳鳴	難聴 耳がつまる感じ
口	口の中が乾く	口が苦い 口がねばつく 生唾がでる 味がわからない 変な味がする 舌が痛む 口内炎がしやすい 唇が乾く
のど	のどの痛み	のどのつかえ のどの違和感 のどが渴きやすい 水分をよくとる 声のかすれ
胸	痰が出る	(痰の色:白・黄・茶・赤・緑・その他) 咳 呼吸時に音が鳴る 息切れ 動悸 胸痛 胸がつまる感じ 胸苦しさ 胸やけ
腹	みぞおちのつかえ	みぞおちの痛み 胃もたれ ゲップ 吐き気 嘔吐 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 腹が鳴る おならがよく出る
皮膚	カサカサ	ジクジク かゆみ しもやけ 吹き出物 爪がもろい 髪が抜ける
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	出血量が多い 出血量が少ない 月経痛 排卵痛 月経前の違和感 月経前の痛み 帯下の異常

甲斐内科・漢方内科クリニック

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）

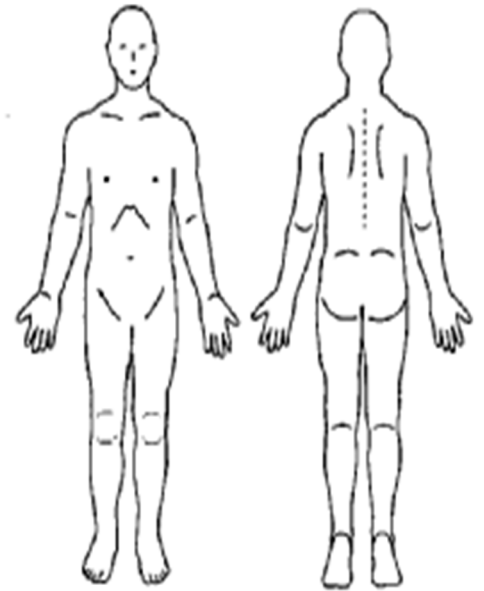
ほてり （顔・手・足・その他）

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ください。

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。