

問診票

ふりがな
名前

生年月日 年 月 日 (歳) 職業

住所 〒

電話番号 (自宅)

(携帯)

身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg、脈拍 bpm、体温 °C

一番治したいこと

いつから症状が始まりましたか？その症状は現在までにどのように変化しましたか？

家族の状況

父 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 (歳)

母 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 (歳)

配偶者 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 (歳)

兄弟の数 () 人

子 () 人

結婚歴

未婚・結婚 () 年・別居・離婚・死別

今までにかかった病気・けががある場合お答えください

() について通院・入院・手術した

それは、いつごろですか？ () 年(歳)頃

現在他の病院に通っている場合お答えください

() のため、() 年頃から () 病院に通っている。

薬は () を出されて飲んでいる

これまでに漢方薬を飲んだことがある場合お答えください

() を () 病院・薬局から出されて

() 月・年くらい飲んだことがある

月経の状態 (女性のみ)

初経 () 歳、閉経 () 歳、最終月経 () 歳、妊娠の可能性 (あり・なし)

順調・不順、月経周期 () 日、出血期間 () 日、出血量 (多・ふつう・少)

月経痛 (~ 日目)、鎮痛剤を使っている場合、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

食欲 よい・普通・ない

睡眠 よい・普通・眠れない（寝付きが悪い・途中で目が覚める・早朝に目が覚める・夢をよく見る）

小便 1日に（ ）回、夜間に（ ）回

大便 日に（ ）回（硬い・普通・軟らかい）下痢・出にくい・痔がある

当てはまるものに○を、特にひどいものに◎をつけてください

疲れやすい・気分が憂うつになる・物忘れをする・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・目が疲れる・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・生唾が出る・げっぷ・胸焼け・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・ガスが良く出る・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ください

よくとる飲食物

甘いもの 塩辛いもの 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・煮る・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 焼酎 ハイボール その他（ ）

タバコ 吸わない・吸っていた（ 歳から 歳まで）

吸っている（ 歳から）1日（ ）本

飲み物 コーヒー 紅茶 日本茶 その他（ ）1日（ ）杯

当院受診のきっかけ（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： ）

医師のすすめ（ ）その他（ ）

ご記入ありがとうございました

研究学園ななほクリニック