

# 漢方外来問診票

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)

明治・大正・昭和・平成・令和

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 才)

住所〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_ °C 血圧: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍: \_\_\_\_\_ 回/分 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

1 本日、来院された理由をお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

2 いつからどのような症状がありますか？

( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろから) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

3 治療中の病気はありますか？ (□はい □いいえ)

内服している薬はありますか？ (□はい □いいえ)

高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 脳梗塞 心臓の病気

白内障 緑内障 前立腺肥大 その他 ( \_\_\_\_\_ )

★薬の名前がわかる方はご記入ください★ ( \_\_\_\_\_ )

4 過去に大きな病気や手術を受けられたことはありますか？ (□はい□いいえ)

① 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

② 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

③ 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) 病院名 ( \_\_\_\_\_ 病院)

5 今までに食べ物や注射や薬で気分が悪くなったことはありますか？ (□はい□いいえ)

薬 (薬品名 \_\_\_\_\_ ) 症状 発疹 かゆみ 赤み 意識障害

食べ物 (食品名 \_\_\_\_\_ ) 症状 発疹 かゆみ 赤み 意識障害

6 家族(祖父母・両親・兄弟)の方で以下の病気の方はおられますか？ (□はい□いいえ)

心臓病 高血圧 高脂血症 肝臓病 糖尿病

アレルギー性疾患(喘息・アトピー・鼻炎など) 膠原病(リウマチ・SLE・強皮症など)

7 睡眠はいかがですか？

よく眠れる 寝つきが悪い 途中よく目が覚める よく夢をみる

起床は ( \_\_\_\_\_ 時頃) 就寝は ( \_\_\_\_\_ 時頃)

8 排泄についてお伺いします

大便 ふつう 便秘がち 下痢がち 最初硬くあと柔らかい

下痢と便秘を繰り返す。

小便 1日に約 \_\_\_\_\_ 回、夜間の排尿回数約 \_\_\_\_\_ 回

## 9 食事・嗜好品についておたずねします

- ①朝食(毎日食べる・食べないこともある・ほとんど食べない・まったく食べない)
- ②夕食(\_\_\_\_)時ごろに食べる 外食は週\_\_\_\_回くらい
- ③アルコールは飲みますか? はい→(週\_\_\_\_日程度飲む) いいえ  
(1回の量:ビール\_\_\_\_ml、日本酒\_\_\_\_合、ウイスキー\_\_\_\_杯、焼酎\_\_\_\_合、ワイン\_\_\_\_ml)
- ④たばこは吸いますか? はい→(\_\_\_\_本/日をこれまで\_\_\_\_年間) いいえ

## 10 本日食事はされていますか?

はい(\_\_\_\_時頃) いいえ

## 11 女性の方にお伺いします

- ① 妊娠していますか? はい(現在 妊娠\_\_\_\_か月) いいえ 可能性あり
- ② 生理について伺います 最終月経(\_\_\_\_月\_\_\_\_日) 閉経(\_\_\_\_才)
- ③ 授乳中ですか? はい いいえ

## 12 以下は全員の方への質問です

a)~z)の質問のなかで、当てはまる項目に○をつけて下さい

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| a) 冷え症である(手足、腰、全身) | n) 不安感がある         |
| b) あつがりである         | o) 息切れしやすい        |
| c) 手足がほてりやすい       | p) 食欲がない          |
| d) 汗をよくかく          | q) 手足がだるい         |
| e) のどが渇きやすい        | r) 手足がむくみやすい      |
| f) のぼせる感じがする       | s) いらいらしやすい       |
| g) 疲れやすい           | t) 目が疲れやすい        |
| h) 風邪をひきやすい        | u) 気分がうつとうしいことが多い |
| i) こむら返りがよく起こる     | v) 口が苦い           |
| j) めまい、ふらつきがある     | w) 耳鳴りがする         |
| k) みぞおちや腹部が張る      | x) 腰、膝がだるい        |
| l) 肩がこりやすい         | y) 精力が低下してきた      |
| m) 動悸がある           | z) 乗り物に酔いやすい      |

## 13 その他困っておられることがありましたらご自由にご記入下さい