

問診表

ご記入日 年 月 日

問診は、患者さんの体質判断に於いて重要なデータとなります。

「より正確な体質を判断」するため、ご協力ください。

問診は漢方治療のみが目的です。患者さんのプライバシーが他に漏れることは御座いません。安心して問診にお答え下さい。

名前※必須	ふりがな		
生年月日※必須	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
性別※必須	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
住所※必須	〒		
電話番号※必須		FAX 番号	
メールアドレス			
連絡方法※必須	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> TEL (ご連絡がとれる曜日[曜日]・時間[]) <input type="checkbox"/> FAX		
主訴 ※必須	色々ある症状の中で、貴方が一番治したい症状・お病気をお書き下さい。		
医療機関診断名	自己判断ではなく、病院・医師による診断。分からない場合は記入の必要はありません。		
現在の主な症状 ※必須	出来るだけ詳しく、お書き下さい。		

発病時期	いつごろから、調子が悪くなってきましたか？ いつごろお病気に気づきましたか？ 例；○年位前, ○年○月位
治療歴	発病より現在までの治療歴。治療薬、治療経過等。分かる範囲でお書き下さい。
服用薬	漢方薬、病院薬、市販薬、健康食品等。分かる範囲でお書き下さい。
病歴	その他、今まで罹患したお病気等ある方は、時期と病名をお書き下さい。
副作用歴	今まで副作用等の経験がある方は、お書き下さい。

アレルギー歴	今までアレルギー等の経験がある方は、お書き下さい。		
身長※必須		体重※必須	
最高血圧		最低血圧	
飲酒	<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど飲酒しない		
顔色	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 血色が悪い		
冷え・のぼせ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> のぼせ症 <input type="checkbox"/> 冷え・のぼせ症		
特に冷える部分は？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 足のみ <input type="checkbox"/> 手足のみ <input type="checkbox"/> 身体全体		
口渇	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口が渇く		
お茶・水分等の摂取	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない		
発汗	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない		
寝汗	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い		
小便回数と量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない		
小便色	<input type="checkbox"/> やや黄色い <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 透明		
食欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない		
胃症状 ※複数選択	<input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃症状無し		
便秘	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い・便秘がち <input type="checkbox"/> まれに下痢・軟便 <input type="checkbox"/> 軟便が多い <input type="checkbox"/> 下痢が多い		
便秘薬	<input type="checkbox"/> 服用しない <input type="checkbox"/> 時々服用 <input type="checkbox"/> よく服用		
睡眠 ※複数選択	<input type="checkbox"/> 寝付が悪い <input type="checkbox"/> 一度目が覚めると眠れない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 夢をよく見る		
動悸	<input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> よくする		
向精神薬・睡眠薬	<input type="checkbox"/> 服用しない <input type="checkbox"/> 時々服用 <input type="checkbox"/> よく服用		
生理	女性のみ、お答えください。 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 生理が無い		

生理痛	女性のみ、お答えください。 <input type="checkbox"/> 殆んど無い <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 強い（鎮痛剤が必要なほど）
生理周期	女性のみ、お答えください。 およその生理周期 例；28
その他	薬司へご要望・連絡事項等、又は特別な病状等ある方は、お書き下さい。

* ご本人様の直筆のご署名をお願いします。

署名欄 ※必須	
------------	--