

問診票

NO

年 月 日

ふりがな

氏名

(男・女)

生年月日

年

月

日

才

住所 〒

電話番号

1、本日はどのような症状でお困りですか？

()

2、いつ頃からですか？

()

・どちらかで治療は受けましたか？ はい ・ いいえ

はいの方 どんな治療ですか？ ()

3、あてはまる体質にチェックをいれてください ※複数回答可

息切れがする

疲れやすく、いつもだるい

食欲がない、少食である

冷え性である

かぜをひきやすい

声が小さい、大きい声が出ない

怒りっぽい、すぐにカーッとなる

不安感や憂鬱感がある

くちの中が苦い

のどにものがつまっているような不快感がある

おなか張りやすく、げっぷやおならがよく出る

ためいきをつくことが多い

頭痛がする

立ちくらみやめまいがする

動悸や不整脈がある

目がかすんだり、疲れやすい

抜け毛や白髪が多い

つめが白っぽい、割れやすい

こむらがえりを起こしやすい

手足がしびれることがある

全身がいつも重だるい

むくみやすい

痰（たん）がからむせきが多い

いつも頭が重い

めまいや吐き気がある

太りやすい、ぽちゃぽちゃした水太りタイプ

肌が脂っぽい、または吹き出物ができやすい

目の下にクマができやすい

おできや腫瘍ができやすい

肌が荒れて、シミやそばかすが多い

皮膚に細かい血管のすじが浮き出てくる

肩こりなど、からだの一部がいつも痛い

痛い部分を押すと、より痛くなる

肌や髪が乾燥している

顔色がいつも赤い

のぼせがある

からせきが出る

目が乾きやすい

夕方から微熱が出ることもある

のどが渇きやすく、冷たい飲み物をよく飲む

2枚目に続きます



4、アレルギーはありますか？ はい・いいえ

金属・花粉症・ぜんそく・食物アレルギー・その他（ ）

5、現在以下の病気にかかっていますか？

心臓疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 肝炎

6、現在治療しているまたは過去に治療していた病気はありますか？

（ ）

7、現在服用しているお薬はありますか？

（ ）

8、飲食について

食事量； 普通・大食・小食 食事回数； 1日__回

間食； よくする・たまにする・殆どしない

9、味の好み； 薄味・濃味・酸味・甘味・辛味・塩味

アルコール； 飲まない・一日ビール__本 日本酒__合

タバコ； 吸わない・一日__本

水分量； 一日約__リットル よく飲むもの__温・冷

10、二便について

大便； 一日__回 形状； バナナ状・硬い・軟らかい・泥状・コロコロ

便秘； しない・する（__日に一回） 便秘薬； 使用している・していない

下痢； しない・する

排便時； 残便感がある・異臭がする・便に血が混ざる

小便； 一日__回 尿色； 濃い・薄い 夜間尿； __回

排尿時； 残尿感がある・勢いがいい・切れが悪い・尿漏れがする

排尿痛がある・異臭がする・尿に血が混ざる

11、睡眠について

就寝__時頃～起床__時頃 昼寝をしない・する（__時間）

寝付きが悪い・途中で目覚める・寝ても疲れが取れない・よく夢を見る

忙しくて睡眠時間が取れない・睡眠薬を服用している・よく眠れる

※女性の方にお聞きします

現在妊娠されていますか？ いいえ はい（__ヶ月）

以前妊娠されたことはありますか？ いいえ はい いつ頃ですか？（__）

前回の月経日はいつですか？ __年 __月 __日 頃

現在当てはまる婦人科系の悩みはありますか？

生理痛 生理不順 更年期 不妊症 子宮内膜症

その他（__）