

漢方問診票

年 月 日 氏名 男・女 年齢 職業

住所 (〒)

氏名 TEL (携帯) (— —)

1 主訴は何ですか ()

2 その症状 (病気) になってからどれくらい経ちますか? ()

3 どんな症状がありますか? ()

4 その症状 (病気) になった原因に心当たりはありますか? ()

5 どういう時にその症状は出ますか? ()

6 過去にどのような治療を受けられましたか? ()

7 過去に大きな病気をされていますか? (病名)

8 疲れやすいですか? (疲れやすい 普通 疲れにくい)

9 貧血はありますか? (あり なし)

10 のどは乾きますか? (乾く 乾かない)

11 水分はよく摂りますか? (多い 普通 少ない)

12 トイレは近いですか? (近い 普通 遠い)

13 日中の尿の色は (濃い黄色、薄い黄色、透明)

14 汗は出やすいですか? (出やすい 普通 出にくい)

15 どこから汗は出ますか? (頭 (顔) 上半身 掌 脇 足の裏 全身)

16 寝汗は出ますか? (出る 出ない)

17 めまいはありますか? (ある たまにある ない)

- 1 8 どんなめまいですか？ (ふわふわ ぐるぐる くらくら)
- 1 9 むくみはありますか？ (ある ない)
- 2 0 むくみはどこに出ますか？ (顔 腕 足 お腹 全身 その他)
- 2 1 冷え性やのぼせはありますか？ (冷えのぼせ性 冷え性 のぼせ性 なし)
- 2 2 冷える部位 (足 手足 腰 お腹 全身 なし)
- 2 3 食欲は (多い 普通 少ない)
- 2 4 胃腸の痛み (胃痛 胸焼け 腹痛 なし)
- 2 5 便秘 (あり () 日に1回 なし)
- 2 6 便通 (硬い 普通 軟便 泥状便 下痢 便秘と下痢を繰り返す)
- 2 7 便秘薬・サプリ (よく使う たまに使う 使わない)
- 2 8 睡眠 (寝つき悪い 一度起きると眠れない 夢をよくみる 普通)
- 2 9 睡眠薬・安定剤 (良く使う たまに使う 使わない)
- 3 0 動悸 (よくする たまにする しない)
- 3 1 身体の痛み (あり (頭 首 肩 腰 膝 足) なし)
- 3 2 痛む時期 (寒い 熱い 天気が悪いと 動かすと じっとしていると その他)
- 3 3 生理 (生理が無い 生理不順 順調)
- 3 4 生理 周期 () 期間 () 日間
- 3 5 生理 量 (多い 普通 少ない) 色 (濃いレバー状 普通 薄い 塊あり)
- 3 6 生理前の症状は？ ()
- 3 7 上記以外で何か気になる症状などあればお書きください