

問 診 表

漢方医学では自覚症状がきわめて大切な情報となります。

お手数ですが是非ご協力下さい。(書きたくないところは無理に書かなくて結構です)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 職業 _____

住所 〒 _____

連絡先(自宅) _____ (携帯) _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

*磯村クリニックをどのようにしてお知りになりましたか?

他院からの紹介/インターネット/知人からの紹介/その他 (_____)

①もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか?

②それらの病気や症状は、いつから起こり、どのような経過をとっていますか?

→その症状はどのような時に悪くなりますか?(季節、天候、時間帯、生理との関連、その他)

③現在医療機関におかかりですか?

診断名 _____

薬品名 _____

④次の質問にお答え下さい(該当する症状に○をしてください)

- 1) 食欲 (良い・普通・低下・ない・自分で制限している)
- 2) 睡眠 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢をみる)
- 3) 便 _____ 回/日 便通 (普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる)
便の性状 (普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便・すっきりしない)
残便感 (なし・あり) 腹痛 (なし・あり) 腹のはり (なし・あり)
腹にガスがたまる (なし・あり) 下剤の服用 (なし・あり) 下剤での腹痛 (なし・あり)
- 4) 尿 _____ 回/日 夜寝てからトイレに起きる (なし・あり _____ 回)
尿の色 (普通・薄い・濃い) 残尿感 (なし・あり) 排尿時痛 (なし・あり)

- 5) 月経（なし・あり） 初潮_____歳 閉経_____歳
 最終月経_____月_____日から_____日間
 月経周期（順調_____日間・遅れる・早まる・一定しない）
 月経痛（なし・月経開始前・月経前半・月経後半） 鎮痛剤の服用（なし・あり）
 月経量（普通・少ない・多い） 不正出血（なし・あり） おりもの（普通・少ない・多い）
 月経に関連した不調（なし・月経開始前・月経中・その他の時期）
- 6) 妊娠・出産歴 妊娠_____回 出産_____回 自然流産_____回 人工流産_____回

⑤現在の症状、普段の体質傾向についてお答えください。

（該当する症状に○、著しく該当する場合は◎をつけてください）

- ✿暑がり／寒がり／冷える(全身・手・足・腹・腰・背・その他)／のぼせ／冷えのぼせ／眠気が強い
 風邪をひきやすい／疲れやすい(全身・足・腕・その他)／体が重い(全身・腰・膝・足・腕・その他)
 だるい(全身・腰・足・腕・その他)／力が入らない(全身・腰・膝・足・腕・その他)
 汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他)／汗が出ない／寝汗
 悪寒（さむけ）／悪風（風に当たると不快）／発熱／微熱／熱感（熱っぽい）／肥満／やせ(太れない)
 体重増加／体重減少／過食／拒食／水分をよくとる／浮腫（むくみ）／リンパ浮腫／リンパ節腫脹
 レイノー現象／しこり（乳房・その他）／身体の不快感・違和感／黄疸／くすぐったがり
- ✿不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい
 気分障害（気分にもらがある）／夜泣き／歯ぎしり／神経過敏（驚きやすい）／忘れっぽい／記憶障害
 意識障害（もうろうとする）／失神／幻覚／においが気になる
- ✿頭痛(ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他)／頭重／めまい(回転性・非回転性)／立ちくらみ／ふらつき
 車酔いしやすい／発作性の発汗／発作性の熱感（ホットフラッシュ）／知覚麻痺（触れても感じない）
 知覚異常（ムズムズなどの異常感覚）／知覚過敏／ふるえ／ひきつき／けいれん／運動麻痺（体が動かない）
 顔面神経麻痺／歩行困難／足のもつれ／足があがりにくい／つまずきやすい／帯状疱疹後の痛み
- ✿胸が苦しい（圧迫感・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい・鈍痛・その他）
 胸が痛い／不整脈（脈の乱れ）／動悸（拍動を感じる）／静脈瘤
- ✿咳（空咳・痰がからむ）／呼吸困難（安静時・運動時）／痰（水のような・粘っこい・膿のような）／血痰
 咯血／息切れ／起座呼吸（座っていないと苦しい）／チアノーゼ
- ✿食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／すぐ下痢をする／げっぷ／嘔吐／吐血
 少し食べると腹が張って食べられない／呑気症（空気を飲んでしまう）／胸焼け／悪心・吐き気
 胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感／食べ物が胸につかえる／腹痛（上腹・下腹・移動性）
 季肋部（肋骨の一番下あたり）の痛み／季肋部が苦しい／腹がゴロゴロする／放屁（おなら）
 便意を頻回に催す／血便／下血／痔／脱肛／肛門痛
- ✿眼痛／視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目の充血／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい
 目のごろごろ感／目のヒリヒリ感／目やに／眼瞼下垂／複視（物が二重に見える）／視野狭窄

✿耳鳴／頭鳴／耳閉感／難聴／耳だれ／くしゃみ／鼻汁（水のような・粘っこい・膿のような）／鼻づまり
 鼻が重い／鼻の奥の乾燥／後鼻漏（鼻汁がのどに落ちる）／鼻出血／いびき／においがわからない
 味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇（水を飲みたい）／口乾（口をしめらせない）
 口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／しみる（舌・口腔内・唇）／舌痛／歯痛／歯ぐきの痛み／唾液分泌低下
 嚥下困難／のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ／しゃっくり／声かすれ

✿発疹・湿疹／にきび／アトピー性皮膚炎／じんましん／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥
 皮膚のかゆみ／皮膚が脂っぼい／色素沈着（しみ）／脱色／目のくま／あざが出来やすい
 皮下出血／苔癬／毛が濃い／白毛（毛が白い）／脱毛（円形・全般に抜ける）／ふけ／いぼ
 爪がもろい／爪の異常／手術の傷あとの痛み／皮膚が化膿しやすい／ケロイドになりやすい

✿痛み（腰・肩・背・ひざ・腕・手指・もも・足・その他）／こわばり（手指・その他）／こり（肩・背・首筋・腰・その他）
 脹れ（ひざ・ひじ・手首・その他）／しびれ（腕・手指・もも・足・その他）／ほてり（手のひら・足の裏・その他）
 神経痛／筋肉痛／足がつる／筋力低下／間欠性跛行／運動障害（運動に制限がある）／打撲

✿不妊／胎位異常／子宮脱／性交痛／膣の乾燥／乳房の張り／帯下の異常（血性・膿性・その他）

✿頻尿（昼間）／夜間頻尿／尿失禁／夜尿症／尿がにごる／血尿／尿量減少／水を飲む割に尿が少ない
 すっきりと尿が出ない／尿閉（尿が出ない）／性機能減退／会陰部（股間）の不快感／会陰部痛／睾丸痛

＊今までの問診表に○を付けた症状のなかで、特に気になる症状を順に（ ）内に記入し、その症状の出現する頻度、および程度の 両方 に○をつけてください。

記入例：（頭痛・ズキズキ） 頻度：1 まれに 2 ときどき 3 **ほぼいつも** 4 いつも
 程度：1 わずかに 2 すこし 3 かなり 4 **非常に**

1	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
2	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
3	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
4	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
5	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
6	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
7	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に
8	〔	頻度：1 まれに	2 ときどき	3 ほぼいつも	4 いつも
	〕	程度：1 わずかに	2 すこし	3 かなり	4 非常に

⑥ご家族・血縁についてお伺いします（同居の方には◎を付けてください）

父方・祖父（健康・病気・死亡）（病名： ）
父方・祖母（健康・病気・死亡）（病名： ）
母方・祖父（健康・病気・死亡）（病名： ）
母方・祖母（健康・病気・死亡）（病名： ）
父（健康・病気・死亡）（病名： ）
母（健康・病気・死亡）（病名： ）
兄弟姉妹（兄・姉・妹・弟）（健康・病気・死亡）（病名： ）
兄弟姉妹（兄・姉・妹・弟）（健康・病気・死亡）（病名： ）
兄弟姉妹（兄・姉・妹・弟）（健康・病気・死亡）（病名： ）
配偶者（健康・病気・死亡）（病名： ）
子供（男・女）（健康・病気・死亡）（病名： ）
子供（男・女）（健康・病気・死亡）（病名： ）
子供（男・女）（健康・病気・死亡）（病名： ）

⑦生活習慣についてお伺いします

✿飲酒歴 開始年齢 _____ 歳 中止年齢 _____ 歳
過去の飲酒歴 なし・あり 飲酒量 _____ 合／日
現在の飲酒歴 なし・あり 飲酒量 _____ 合／日
✿喫煙歴 開始年齢 _____ 歳 中止年齢 _____ 歳
過去の喫煙歴 なし・あり 喫煙量 _____ 本／日
現在の喫煙歴 なし・あり 喫煙量 _____ 本／日

✿甘いもの好き・辛いもの好き・塩辛いもの好き・肉が好き

⑧今までにかかった病気などについてお伺いします

✿入院歴 _____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
_____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
_____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
✿通院歴 _____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
_____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
_____ 歳頃（病名： ）手術なし・あり
✿輸血歴 なし・あり _____ 歳 ✿黄疸 なし・あり _____ 歳
✿薬物アレルギー なし・あり（薬品名： ）

⑨その他、気になる症状などがあればお書き下さい。

.....
.....
.....

ご協力ありがとうございました