

問診票	No
	年 月 日

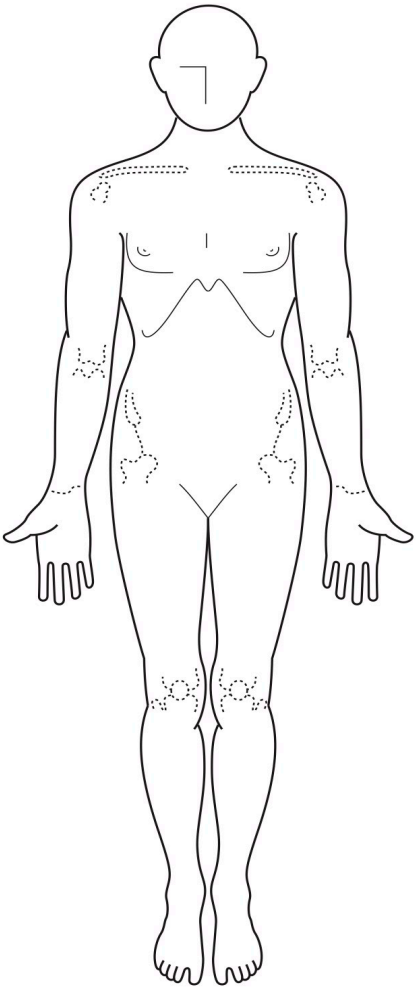
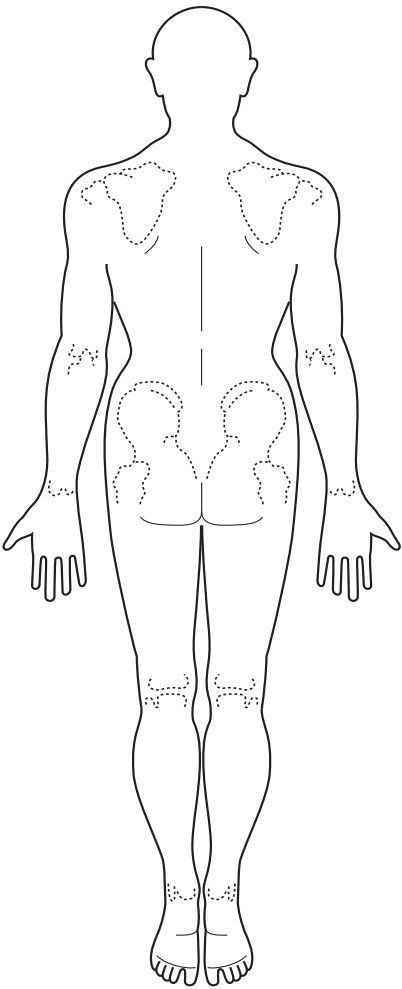
ここより下の欄をご記入ください。

お名前 (ふりがな)			
生年月日	年 月 日 (才)	血圧	/ mmHg
身長	Cm	体重	Kg
ご職業			
ご住所			
E-mail			
お電話番号			
当院をどのようにして お知りになりましたか？	ご紹介／インターネット／院前看板やチラシ／チラシ その他：		
お酒は飲みますか？ [はい/ いいえ]			
たばこは吸いますか？ [はい/ いいえ]			
現病歴 これまでにかかったこ とのある病気やケガ			
ご両親やご兄弟などご親族で大きな病気にかかれた方はいますか？			
アレルギーはお持ちですか？ [はい/ いいえ] 具体的にお書き下さい。			
現在何か治療はされていますか？			
現在服用しているお薬はありますか？			

裏もご記入ください。

今日はどうされましたか？	
それはいつからですか？	
どれくらい続いていますか？	
思い当たる事がありますか？	
今の症状で医療機関にかかったことはありますか？	[はい/いいえ] はいと答えた方 医療機関名 診断結果

気になるところや辛いところを記して下さい。

	
--	---

東洋医学では自覚症状がとても大切な情報となります。

お手数ですが是非ご記入ください。（書きたくないところは無理に記入なさらなくて結構です。）

該当する症状に○をつけて下さい。

どちらかというと	暑がり／寒がり
汗を	ほぼかかない／よくかく／手のひらや足裏などによくかく
食欲	ある／あまりない 食事回数 1日に 回（朝／昼／夜／その他） 1回の食事量（少ない／ふつう／多い） 間食（する／しない／時々する）
睡眠	就寝時間 時 起床時間 時 よく寝られている／寝つきが悪い／眠りが浅い／よく目が覚める／よく夢を見る
便	回／1日 便通（ふつう／便秘／下痢／便秘と下痢が交互にくる） 便の性状（ふつう／水様／泥状／軟便／硬く繋がっているコロコロ／） すっきり（出る／出ない） 腹痛（あり／なし） 下剤の服用（あり／なし）
尿	回／1日 夜寝てから朝までにトイレに起きることが（ある／ない） 回 尿の色（薄い／ふつう／濃い） 残尿感（ある／なし） 排尿時痛（あり／なし）
月経	あり／なし 初潮 歳／閉経 歳 最終月経 月 日から 月経期間 日間 月経周期（順調 日間／遅れる／早まる／安定しない） 月経痛（月経開始前／月経前半／月経後半／ない） 鎮痛剤の服用（あり／なし） 月経量（少ない／ふつう／多い／塊が出る） 不正出血（あり／なし） おりもの（少ない／ふつう／多い） 月経に関する不調（ない／月経開始前／月経中／その他の時期） 妊娠出産歴 妊娠 回／出産 回
その他	風邪をひきやすい（はい／いいえ） 疲れやすい（全身／足／腕／その他） むくみ（全身／足／手や腕／顔）

ご記入頂きありがとうございます。事前にメール等でお送り頂くか、当日お持ちください。

