

## 漢方内科外来 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)

( ) には、だいたい、いつからかをお書きください。

先生に伝えたいこともあればお書きください。

- |                   |         |   |
|-------------------|---------|---|
| 1) 便秘傾向           | ある・ない(  | ) |
| 2) 下痢しやすい         | はい・いいえ( | ) |
| 3) 食欲不振           | ある・ない(  | ) |
| 4) 不眠傾向           | ある・ない(  | ) |
| 5) 頭痛・頭重          | ある・ない(  | ) |
| 6) のぼせやすい         | はい・いいえ( | ) |
| 7) 顔がほてる          | はい・いいえ( | ) |
| 8) 冷えやすい          | はい・いいえ( | ) |
| 9) 疲れやすい          | はい・いいえ( | ) |
| 10) 肩がこりやすい       | はい・いいえ( | ) |
| 11) 汗をかきやすい       | はい・いいえ( | ) |
| 12) 動悸がする         | はい・いいえ( | ) |
| 13) 胃が痛むことがある     | はい・いいえ( | ) |
| 14) お腹が張る         | はい・いいえ( | ) |
| 15) 喉に何かつかえた感じがする | はい・いいえ( | ) |
| 16) 月経異常          | ある・ない(  | ) |
| 17) イライラしやすい      | はい・いいえ( | ) |
| 18) 気分が沈む         | はい・いいえ( | ) |

備考欄 (問診以外のことでも気になることがありましたらお書きください)

名前

住所

電話番号

緊急連絡先

①今までに薬などの副作用がありますか 有・無

(○をつけて下さい)

抗生物質・ピリン・風邪薬・鎮痛剤・その他薬剤  
湿布・胃腸障害

②気管支喘息 有・無

③アレルギー体質ですか 有・無

④手術や麻酔注射で副作用を起したことがありますか

有・無

⑤既往歴

心臓・腎臓・肝臓・糖尿病・高脂血症・脳血管疾患  
高血圧・甲状腺・緑内障・骨粗鬆症・呼吸器・リウマチ  
その他

⑥手術歴 有・無

(あれば年齢と部位を書いて下さい)

⑦他の医院で内服をしていますか 有・無

(お薬手帳や説明の紙があれば見せて下さい)