

# 漢方問診票

平成 年 月 日

お名前 ( )才 身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg  
現在、お困りの症状 今までにかかった病気

通院中の病院 ( あり なし ) 1年以内に検診・検査を ( 受けた 受けていない )

今までに飲んだ漢方薬 薬や食べ物でアレルギーのあるもの

特に当てはまるものを○で囲んでください

【食欲】 なし ふつう とてもある  
【睡眠】 よい 眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める) 夢を見ることが多い  
【小便】 日に( )回ぐらい 夜中に( )回ぐらい色が(濃い・薄い)  
【大便】 毎日(あり・なし) ( )日に( )回ぐらい 硬い・ころころしている・軟らかい  
下剤を使用している 下痢しやすい

【あたま】 頭痛 めまい 立ちくらみ ふけがしやすい 髪が抜けやすい

【目】 目が疲れる 目が見えにくい

【耳鼻】 鼻水(水のように・かんでもでない)鼻づまり 鼻血がよく出る

【口・のど】 口が苦い だ液が多い 口の中が痛む のどがつかえる 口の中が乾く  
唇が乾く のどが乾く 水分をちよくちよくとる

【胸腹】 ゲップ多い おならがおおい みぞおちがつかえる 吐き気 乗り物に酔う  
腹が張る ゴロゴロよく鳴る 食後眠くなる 冷えると腹痛がよくおきる 月経痛

【手足】 しびれる(手・足・指先) 足に力が入らない 足がつる

【皮膚・爪】 皮膚が乾燥して粉がふく じんましんが出やすい 爪が欠けたりしやすい

【精神状態】 ゆうつ・集中できない・くよくよする・物忘れが激しい・イライラ・驚きや

【その他】 汗を(全身・顔や頭・上半身・手足・わきの下・胸・背中)かきやすい 寝汗 朝起き  
のぼせる・足が冷える・手が冷える・暑がり・寒がり

【全身】 こる・痛む・しびれる その場所(

痛む場合、人生で経験した最も強い痛みを10点として、今は( )点

【症状について】 時間帯や気候で場所や症状の強さが ( かわる ・ かわらない )

【嗜好】 好きな味 (甘い・からい・塩辛い・すっぱい・苦い) コーヒー 杯/日

冷たい飲み物・温かい飲み物 生野菜・果物・ヨーグルト

飲酒(毎日・ときどき・飲まない) 喫煙(なし) 本/日を 年)

【苦手なもの】 セロリ シナモン 甘いもの

【家族構成】 未婚 既婚 同居人(配偶者・親・子・その他)

(以下は女性のみ)

【月経】 初経( )才 閉経( )才 最終月経( 年 月)

月経(順・不順) 出血期間( )日 月経痛(あり・なし)

漢方外来をどうやって知りましたか?

その他、気になることがあればお書きください。

成山ひだまりクリニック

成山泰道