

漢方問診表

医療法人 新生会 岩橋産科婦人科

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して書かなくて結構です。)

氏名_____ 年齢_____歳(男・女) 職業_____

身長_____cm 体重_____kg 体温_____℃

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、いつからおこり、どのような経過をとっていますか。

3. 現在、他の医療機関におかかりですか。

診断名

薬品名

5.現在の症状、ふだんの体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○、著しい場合には◎をつけてください)

- *暑がり／寒がり／冷える (全身・手・腹・腰・背・その他の部位) / のぼせ／冷えのぼせ
疲れやすい (全身・足・腕・その他の部位) / 身体が重い (全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
だるい (全身・腰・足・腕・その他の部位) / 力が入らない (全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
汗をかきやすい (全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他の部位) / 汗が出ない／寝汗
悪寒 (寒け) / 悪風 (風にあたったとき不快) / 発熱／微熱／熱感 (熱っぽい) / 眠気が強い
かぜをひきやすい／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／かゆみ／乾燥
しこり (乳房・その他の部位) / 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／憂鬱感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい
気分障害 (気分がむらがある) / 夜泣き／歯ぎしり／神経過敏 (驚きやすい) / 忘れっぽい
意識障害 (もうろうとする) / 失神／痴呆 (ぼけ) / 幻覚／幻聴／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)
ふらつき／立ちくらみ／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)
知覚過敏／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な感覚)
ふるえ／ひきつき／けいれん／運動麻痺 (身体が動かない) / 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・つまった感じ・しめつけられる感じ・もやもやした・その他)
胸が痛い／不整脈 (脈の乱れ) / 頻脈／徐脈 (脈が遅い) / 動悸 (拍動を感じる) / 静脈瘤
- *咳 (空咳・痰がからむ) / 痰 (水のような・粘っこい・膿のような) / 呼吸困難 (安静時・運動時)
血痰／喀血／息切れ／起座呼吸 (座位にしてないと苦しい) / チアノーゼ
- *食後に眠気やだるさを感じる／食べるとすぐに胃腸の調子が悪くなる／すぐに下痢をする
少し食べると腹が張って食べられない／嘔吐／吐血／呑気症 (空気をのんでしまう)
げっぷ・悪心・吐き気／胸やけ／胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感
食物が胸をつかえる／腹痛 (上腹・下腹・移動性) / 季肋部 (肋骨の一番下あたり) の痛み
季肋骨が苦しい／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
目のゴロゴロ感／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

*耳鳴り／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／後鼻漏（鼻汁がのどに落ちる）／鼻出血／いびき／臭いがわからない
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（口を湿らしたい）
口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／舌がしみる／舌痛／歯痛／歯ぐきの痛み／嚥下困難
のどの痛み／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ／のどのイガイガ／しゃっくり
声のかすれ

*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／皮膚が油っぽい／色素沈着（しみ）／脱色／目のくま／あざがしやすい
皮下出血／苔癬／脱毛（円形・全般に抜ける）／毛が濃い／白毛（毛が白い）／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・膝・腕・太腿・足・その他の部位）／こわばり（手指・その他の部位）
こり（肩・背・首筋・腰・その他の部位）／張り／腫れ（膝・肘・手首・その他の部位）
しびれ（腕・手首・太腿・足・その他の部位）／ほてり（手のひら・足の裏・その他の部位）
神経痛／足がつりやすい／筋肉低下／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／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／尿が濁っている／血尿
尿量減少／水を飲む割に尿が少ない／尿の出が悪い（すっきり出ない）／尿閉（尿が出ない）
性機能の減退／会陰部（股間）の不快感／会陰部痛／睾丸痛

*その他、気になる症状があればお書き下さい。

6. ご家族・血縁について（同居の方には○印をつけて下さい）

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・弟・姉・妹）（健康・病気・死亡）（病名：_____）
 兄弟姉妹（兄・弟・姉・妹）（健康・病気・死亡）（病名：_____）
 兄弟姉妹（兄・弟・姉・妹）（健康・病気・死亡）（病名：_____）
 兄弟姉妹（兄・弟・姉・妹）（健康・病気・死亡）（病名：_____）
 兄弟姉妹（兄・弟・姉・妹）（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：_____）
 子供（男・女）（健康・病気・死亡）（病名：_____）
 その他の同居者（男・女）（健康・病気・死亡）（病名：_____）

7.生活習慣について

*飲酒歴 開始年齢_____歳 中止年齢_____歳
 過去の飲酒歴 0：なし 1：あり 飲酒量 _____合／日
 現在の飲酒歴 0：なし 1：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 0：なし 1：あり 喫煙量 _____本／日
 現在の喫煙歴 0：なし 1：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

*入院歴 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 *通院歴 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 _____歳頃（病名：_____）手術 0：なし 1：あり
 *輸血歴 0：なし 1：あり _____歳
 *黄疸 0：なし 1：あり _____歳
 *薬物アレルギー 0：なし 1：あり
 （薬品名：_____）