

初診	再来初診 (年ぶり)
----	----------------

受付日 平成 年 月 日

問 診 票

阪神漢方研究所附属クリニック

ふりがな	男・女	生年月日 [M・T・S・H 年 月 日 (歳)
お名前		血液型 A ・ B ・ O ・ AB
住所	〒 -	
電話番号 () - 携帯 - -	※電話番号は連絡しても差し支えないもののみをご記入ください	
身長 cm ・ 体重 kg	職業	何人住まいですか ()人 配偶者 (有・無)

1) いつ頃からどんな症状でお困りですか

2) 現在通院中の病医院名と病名についてお書きください

3) 病院でもらっている薬や、薬局等で購入されている薬、健康食品、サプリメント類をお書きください
(お薬手帳、薬剤情報をおもちの方は、診療所に提出をお願いします。)

4) これまでに入院や手術などをされたことがありますか (はい・いいえ)
 はい の方 (病気やケガの種類とその時期)

5) これまでに薬や食べ物でアレルギー症状(じんましんや喘息など)を起こしたことがありますか (はい・いいえ)
 はい の方 (薬や食べ物の名前がわかればお書きください)

6) 本人及び血のつながった方(親子・兄弟姉妹・祖父母)で以下の病気の方はおられますか (病名に○印)

	心臓病	高血圧	高脂血症	肝臓病	糖尿病	膠原病	アレルギー疾患 (喘息・アトピー・鼻炎等)	腎臓病 ()癌
間柄								

7) 睡眠はいかがですか。(複数回答可) 平均睡眠時間(約 _____ 時間)
 (よく眠れる・寝つきが悪い・途中よく目が覚める・よく夢を見る・睡眠薬をつかわないと眠れない)

8) 食習慣についてお尋ねします。 1日(____)食の習慣
 水分をよくとりますか (はい・いいえ) はい の方 → 1日(____)ml 位

9) 嗜好品についてお尋ねします。
 飲酒 (全く飲まない・週 _____ 日位飲む・たまに飲む程度) 一日の量 (多い・普通・少し)
 タバコ (全く吸わない・日に _____ 本をこれまで _____ 年間・吸っていたが _____ 年前に禁煙した)

10) 血圧は (高め・普通・低め・わからない) 降圧剤は (服用している・服用していない)

11) 便秘について 回数は(____日に____回) 下剤 (使う・使わない) 下痢 普通 便秘

12) 排尿について (日中の排尿回数 _____ 回位・夜中の尿回数 _____ 回位)

(裏へつづく)

以下、あてはまる項目に○をつけてください。(複数回答可)※特に強い症状には◎、時々ある症状には△

- | | | |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| 1) 冷え症である(手足・腰・全身) | 14) めまい・ふらつきがある | 27) 耳鳴りがする |
| 2) 冷え症程ではないが寒がりである | 15) みぞおちや腹が張る | 28) 肩がこりやすい |
| 3) 暑がりである | 16) 動悸がある | 29) 腰がだるい |
| 4) 手足がほてりやすい | 17) 不安感がある | 30) 腰が痛む |
| 5) 全身的に汗をよくかく | 18) 息切れがしやすい | 31) 膝が痛い(左・右) |
| 6) 首から上によく汗をかく | 19) 過呼吸発作を起こしたことがある | 32) 精力が低下してきた |
| 7) 寝汗をかく | 20) 手足がだるい | 33) 乗り物に酔いやすい |
| 8) のどが渇きやすい | 21) 手足がむくみやすい | 34) 食欲がない |
| 9) のぼせる感じがする | 22) イライラしやすい | 35) 胸やけや吐き気がすることが多い |
| 10) 疲れやすい | 23) 目が疲れやすい | 36) 胃に不快感がある、又は胃痛がある |
| 11) 風邪を引きやすい | 24) 気分がうつうつしいことが多い | 37) 他人から頼まれるとNOと言えない |
| 12) 風邪を引くと治りにくい | 25) 口が苦い | 38) B型肝炎またはC型肝炎と |
| 13) こむら返りがよく起こる | 26) 口内炎がよくできる | 言われたことはありますか？ |



女性のみお答えください ※本日、生理中ですか (はい・いいえ)

- 1) 妊娠や出産の経験はありますか (出産_____回 ・ 妊娠の経験 (あり・なし))
- 2) 現在妊娠していますか (はい・いいえ・わからない)
- 3) 現在授乳中ですか (はい・いいえ)
- 4) 月経についてお尋ねします
 - ①周期_____日型 ・ 月経の日数_____日間 ・ 不規則 ・ 閉経_____歳
 - ②月経痛 (あり・なし) 鎮痛剤の服用(あり・なし) 帯下:おりもの(あり・なし)
→色(_____ 色)
 - ③生理の出血量 (多い・少ない) 血の塊は (あり・なし)
 - ④生理的の症状 (特になし・いろいろ・不安感・腰のだるさ・頭痛・その他(_____))

<定期的な採血検査について>

(他の病院でしている・人間ドックでしている・検診を受けている ・ここ_____ヶ月してない)
→いつ頃(_____) : →いつ頃(_____) : →いつ頃(_____)

<漢方薬について>

1. 漢方薬を飲まれたことはありますか。(はい いいえ)

はい の方 漢方薬の種類は(せんじ薬・エキス(粉薬)及び錠剤)
その時の薬の処方名(_____)

2. 漢方治療についてのご希望があればお書きください。

(_____)

<このクリニックをお知りになられたきっかけは> ※さしつかえない範囲で結構です

- ・紹介 (紹介者のお名前 _____ 続柄 _____)
- ・インターネット ・ その他 (_____)

<当クリニックは地域の方々の出資により設立された阪神医療生活協同組合の診療所です。>

現在、阪神医療生活協同組合に加入しておられますか (加入している・未加入)

※当医師協は地域の組合員により運営されています。この趣旨に賛同し、出資して頂ける方に加入をお願いしています。出資金は一口500円からです。

なお、寄付や会費ではありませんので脱退時には出資額全額が返金されます。

※加入について詳しい説明が必要な場合は受付までお申し出ください。パンフレットをご用意しています。

ご協力ありがとうございました。