

問診票

ID:

令和 年 月 日

— 初診の方は、診療をスムーズに行うために、ご記入ください —

フリガナ 氏名	生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	職業	男・女
住所	電話番号		

受診のきっかけは？□にチェックをお付けください。

 知人の紹介 (様) その他() インターネット (当クリニックHP・検索・EPARK・ユビーリンク)

① 今回は、どのような症状でご来院されましたか？

ダイエット希望ですか？(はい・いいえ) その他の症状の方はご記入ください。

② 現在の症状は、いつ頃からですか？

平成・令和 年 月 日 頃から

③ 今までに、大きな病気や手術をしたことがありますか？○をお付けください。

ない

ある ⇒ 病名

④ 現在、通院中の病院または内服薬がありますか？○をお付けください。

ない・ある ⇒ 病院名

薬名

⑤ 薬によるアレルギーはありますか？○をお付けください。

ない・分からない

ある ⇒ 薬名

⑥ 苦手な食べ物はありますか？○をお付けください。

ない・ある ⇒ シナモン・セロリ・牛乳・その他()

⑦ 女性の方で、妊娠の可能性はありますか？○をお付けください。

ない・はっきりしない・可能性がある・妊娠中・授乳中

⑧ 喫煙・飲酒について教えてください。○をお付けください。

タバコ: 吸わない・吸う ⇒ 1日 本 / 歳から

アルコール: 飲まない・飲む ⇒ 何を: 1日:

⑨ ご家族にご病気はありますか？○をお付けください。

ない・ある ⇒ 脳卒中・心臓病・高血圧・糖尿病・高脂血症

その他の方はご記入ください。

↓2枚目の記入もお願い致します。

ご協力有難うございました。

漢方診療問診票

*該当する項目(時々、該当する症状にも)に○をお付けください

便秘ぎみ	耳鳴り	湿疹ができる
下痢しやすい	視力低下	じんましん
スッキリ出ない	疲れやすい	寝つきが悪い
痔の出血がある	のぼせる	夜中に目が覚める
胃がもたれる	一日中眠い	嫌な夢をみる
胸やけ	生あくびがでる	気分がふさぐ
ゲップが出る	肩こり	不安になる
おなかが痛む	腰痛	青あざができる
下腹が張る	膝関節痛	
ガスが多い	ビリビリしびれる	
喉がつかえる	動悸がする	
口内炎ができる	息切れ	(女性のみ)
食欲がない	冷える	生理不順
頻尿	手足がほてる	生理痛が強い
夜間尿	しもやけができる	出血量が多い
むくみやすい	微熱が続く	ダラダラ続く
喉がかわく	風邪をひきやすい	おりものが多い
汗をよくかく	痰がよくでる	
頭痛	鼻炎がある	
頭が重い	喘息がある	
めまい	手足が荒れる	
立ちくらみ	ニキビ	

上記以外の症状がある方は、この欄にお書きください。

ID: