

問 診 票

西本クリニック

この問診表はこれから診療をおこなう際の参考にさせていただくものです。質問事項にはなるべく、具体的にありのままをお書き下さい。プライバシーに関することやその他の理由でお答えを保留される場合は、その事項につきましては空白のまま結構です。

よみがな
氏名 身長 cm 体重 kg 職業(具体的に)

いずれかにチェックをお入れ下さい

A: 当院から至急ご連絡させていただきたい場合

至急の連絡は可 連絡は不可

(連絡先) 電話番号 _____

メールアドレス _____ @ _____ PC 携帯

B: 当院からのご案内などを送らせていただく場合の宛先

御自宅 勤務先住所 〒 _____ 発送はしないでほしい

1) 現在困っておられる症状あるいは病気についてご記入下さい

a _____ それはいつ頃からですか _____

b _____

c _____

2) その他、困っておられることや当院に期待されることがありましたらご自由にご記入下さい

3) 当院では、どのような診療をお望みですか

a 漢方を中心とした診療を希望する b 漢方には特にこだわらない c 医師と相談の上で決めていきたい
d その他 _____

4) 現在かかっておられる医療機関があれば、病医院名及び病名をお書き下さい

a) 病医院名 _____ 病名 _____ お薬はだされていますか (はい いいえ)

b) 病医院名 _____ 病名 _____ お薬はだされていますか (はい いいえ)

その他薬局などで買ったのでおられるお薬があればお書き下さい _____

5) これまで大きなけがや病気をされたことはあればお書きください

a) _____ いつごろ _____ b) _____ どのような病気またはけがですか _____

a) _____ b) _____

a) _____ b) _____

6) 輸血を受けられたことはありますか

ある (_____ 才頃) _____ ない

7) これまでにお薬や食物でアレルギー症状(じんましんや喘息など)をおこしたことがありますか

ある _____ ない _____

あるに○を付けられた方へ どのようなものでアレルギー症状がおこりましたか _____

牛乳を飲んで下痢をすることはありますか (ない ・ たまにある ・ いつもある)

8) 家族(祖父母・両親・兄弟)の方で以下の病気の方はおられますか

心臓病 高血圧 高脂血症 肝臓病 糖尿病 膠原病(リウマチ・SLE・強皮症 など)

アレルギー性疾患(喘息・アトピー・鼻炎など)

裏面へ→

- 9) 結婚されていますか (既婚 未婚 別離)
- 10) 起床は (時頃) 就寝は (時頃)
- 11) 睡眠はいかがですか (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)
- 12) 食事・嗜好品についておたずねします
 朝食 (毎日食べる・食べないこともある・ほとんど食べない・まったく食べない)
 夕食 () 時頃に食べる 外食は週 回くらい
 飲酒 (週 日程度飲む、ほとんどあるいは全く飲まない)
 1回の量 ビール ml、日本酒 合、ウイスキー 杯、焼酎 合、ワイン ml
 タバコ (喫煙しない、 _____本/日をこれまで _____年間)
- 13) 大便 (ふつう、便秘がち、下痢がち、最初硬いがあと柔らかい、下痢と便秘を繰り返す)
- 14) 小便 一日に約 回、夜間の尿回数 約 回

*** 15) ~18) の質問は女性の方のみお答え下さい**

- 15*) 妊娠や出産の経験はありますか (出産 回、流産または中絶 回、妊娠の経験なし)
- 16*) 現在妊娠していますか (はい、いいえ、わからない)
- 17*) 現在授乳中ですか (はい、いいえ)
- 18*) 月経についておたずねします
 周期 (規則的 日型、不規則)、月経の期間 (日間)、量 (多い、ふつう、少ない)
 月経痛 (強い・やや強い・少しある・ない)、帯下おりもの (多い・やや多い・少しある・ない)

 ** 以下は全員の方への質問です

a) から z) の質問のなかで、あてはまる項目に○をつけて下さい

- | | |
|---------------------|-------------------|
| a) 冷え症である (手足、腰、全身) | n) 不安感がある |
| b) あつがりである | o) 息切れしやすい |
| c) 手足がほてりやすい | p) 食欲がない |
| d) 汗をよくかく | q) 手足がだるい |
| e) のどがかわきやすい | r) 手足がむくみやすい |
| f) のぼせる感じがする | s) いらいらしやすい |
| g) 疲れやすい | t) 目が疲れやすい |
| h) 風邪をひきやすい | u) 気分がうつとうしいことが多い |
| i) こむらがりがよくおこる | v) 口が苦い |
| j) めまい、ふらつきがある | w) 耳鳴りがする |
| k) みぞおちや腹部が張る | x) 腰、膝がだるい |
| l) 肩が凝りやすい | y) 精力が低下してきた |
| m) 動悸がある | z) 乗り物に酔いやすい |

 このクリニックを何でお知りになりましたか

- a) 家族や知人の御紹介 (紹介者のお名前 _____)
- b) 他の医療機関からの紹介 (_____ 医院・病院)
- c) インターネットからの情報
- d) 本や雑誌などをみてその他
- e) その他 _____

ご協力ありがとうございました