

漢方外来問診表

※ 該当するものに☑チェックをつけて下さい。

ふりがな お名前			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒 -		
電話番号	() -		
今日はどうされましたか？			
困っている状態・症状（いつから？どんな症状？）			
今までにかかったことのある病気はありますか？			
☐ ある 病名（ ） ☐ ない ※高血圧・糖尿病・花粉症・婦人科系の病気など			
現在、服用しているお薬はありますか？			
☐ ある お薬名（ ） ☐ ない			
漢方を服用したことはありますか？			
☐ ある 漢方名（ ） ☐ ない			
お薬や食品でアレルギーはありますか？			
☐ ある （ ） ☐ ない			

食欲	睡眠	排尿	排便
☐ ありすぎる ☐ 普通 ☐ あまりない ☐ まったくない	☐ よく眠れる ☐ 寝つきが悪い ☐ 夜中に目が覚める ☐ 朝早く目が覚める ☐ 嫌な夢をよく見る	排尿回数： 日中に（ ）回程 寝てから朝まで（ ）回程 ☐ 出にくい ☐ 出るとき痛い ☐ 尿漏れ	毎日出る：1日（ ）回 便秘：（ ）日に1回程 ☐ 硬い便 ☐ 痔核 ☐ コロコロ便 ☐ 痔出血 ☐ 普通便 ☐ 脱肛 ☐ やわらかい ☐ 下痢

冷え	痛み	しびれ	こり	ほてり	むくみ	月経
☐ 全身 ☐ 手 ☐ 足 ☐ 背中 ☐ 腰 ☐ 下腹部 ☐ その他（ ）	☐ 指 ☐ 腕 ☐ 首 ☐ 肩 ☐ 背中 ☐ 腰 ☐ 膝 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ その他（ ）	☐ 手 ☐ 腕 ☐ 下肢 ☐ 足 ☐ その他（ ）	☐ 首 ☐ 肩 ☐ 背中 ☐ 腰 ☐ その他（ ）	☐ 顔 ☐ 手 ☐ 足 ☐ その他（ ）	☐ 顔 ☐ 手 ☐ 足 ☐ その他（ ）	※ 女性の方のみ回答 ☐ 順 月経周期：（ ）日 ☐ 不順 出血量： ☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない ☐ 痛みが強い(月経痛)

頭	目	耳	口の中・のど	胸
☐ 頭痛 ☐ 頭が重たい ☐ 締めつけられる ☐ めまい ☐ 頭がゆれる ☐ 立ちくらみ ☐ その他（ ）	☐ 視力が落ちた ☐ 目が疲れる ☐ 目がかすむ ☐ しょぼしょぼする ☐ 目の周りにクマができる ☐ その他（ ）	☐ 耳鳴り ☐ 耳が塞がった感じ ☐ 聞こえにくい ☐ 耳だれ ☐ その他（ ）	☐ 苦い ☐ ねばつく ☐ 味がおかしい ☐ 味がしない ☐ 渴く(口の中・唇) ☐ のどがつかえる ☐ のどが渴く ☐ その他（ ）	☐ ゼーゼーする ☐ 息切れ ☐ 息苦しい ☐ ドキドキする ☐ 胸が痛い ☐ その他（ ）

胃腸	手足	皮膚	精神	その他
☐ 痛い ☐ もたれる ☐ 胸やけ ☐ みぞうちのつかえ ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ お腹が張る ☐ ゴロゴロ鳴る ☐ おならが多い ☐ その他（ ）	☐ こわばり ☐ こむら返り ☐ 足に力が入らない ☐ 足元のふらつき ☐ しもやけ ☐ その他（ ）	☐ カサカサ ☐ ジクジク ☐ かゆい ☐ じんま疹 ☐ アトピー ☐ 赤ら顔 ☐ ニキビ ☐ シミ ☐ イボ ☐ その他（ ）	☐ 憂鬱 ☐ 色々と心配 ☐ 不安になる ☐ イライラする ☐ 家から出たくない ☐ その他（ ）	☐ 疲れやすい ☐ 非常に汗をかく ☐ 寝汗 ☐ のぼせ ☐ 暑がり ☐ 寒がり ☐ 性欲減退 ☐ その他（ ）

飲酒・喫煙はされますか？	
☐ 飲む 週に（ ）回、摂取量：（ ） / 日、種類：（ ） ※【例】日本酒・ビールなど ☐ 吸っている 量：（ ）本 / 日	