

漢方問診表

山浦内科クリニック

ふりがな お名前		歳	男 女	明・大・昭・平 年 月 日生
住所	〒		電話	
			携帯	

A. 現在、お困りの症状と治療を希望する内容についてご記入ください。

また、ご自分の病名がわかればご記入ください。

B. 症状は、どんなときに悪くなりますか？

- ・ 常時 ・ 疲れたとき ・ 精神的ストレスがあるとき
- ・ 暑いとき ・ 寒いとき ・ 天気のくずれる前 ・ 雨雪のとき
- ・ 季節による（春、春から夏・夏・夏から秋・秋・秋から冬・冬・冬から春）
- ・ 一日のうちで（明け方・午前・午後・夕方・夜・深夜）
- ・ その他（ ）

C. 現在かかっている病気や治療内容をご記入ください。

D. 今までにかかった病気や大きなケガ、手術をご記入ください。

E. 嗜好について教えてください。

1. 水分は、（よくとる・普通・あまりとらない）
2. 温かいものが好き・冷たいものが好き。
3. 食事量（普通・大食い・少食）

4. アルコール 一日量 ()
5. タバコ もともと吸わない。
現在吸っている。一日 () 本、() 年間

F. 大便

1. 便の状態は？：すっきりバナナ状・固い・軟らかい
2. よく下痢する。
3. よく便秘する。() 日に1回排便がある。下剤の使用(あり・なし)
4. 下利と便秘を交互に繰り返す。
5. 残便感がある。

J. 小便

1. 尿の回数：一日に約 () 回
2. 夜間尿の回数；約 () 回
3. 尿の出方：残尿感がある・排尿時に痛みがある・出しづる・尿もれする

K. 睡眠

1. 寝つきが悪い・途中で目が醒める・眠りが浅い・熟睡感なし・夢をよく見る
・悪い夢を見る
2. 睡眠剤の使用は？；なし・毎晩・時々

L. 気持ち

- ・気分が不安定だ。・不安感が強い。・あせりを感じる。・無気力でやる気がおきない。
- ・ゆううつだ。・よくイライラする。・怒りっぽい。・すぐに落ち込む。
- ・ちょっとした事ですぐ驚く・物の音に敏感

M. 全身状態

1. 寒がりである。
2. 冷え性(全身・手・足・腹・腰・背)
3. 暑がりである。
4. のぼせる。(頭・顔)
5. ほてる。(手・足・顔)
6. 冷えのぼせがある。
7. 汗をかきにくい。・汗をかきやすい。
8. 寝汗をかく。
9. いつもじっとりと汗ばんでいる。
10. 頭や顔に汗をかきやすい。
11. とても疲れやすい。
14. むくみやすい。(全身・頭・手・足・その他)

12. 風邪を引きやすい。
13. 寒気がする。・微熱がある。・熱くなったり寒くなったりする。
14. 目の下に「くま」ができる。
15. 最近体重が大きく変わった。（増加した。・減少した。 Kg）
16. 肩がこる。・首筋がこる。・うなじがこる。・背中がこる。
17. 痛みのある方は痛み方を教えてください。（ ）

N. 感覚器、神経系

1. 頭痛がする。
痛み方は？（ズキンズキン・ピリピリ、しめつけられるように・吐き気を伴う）
2. 耳鳴りがする。どんな音ですか？（高音・低音・拍動性）
3. 難聴がある。（右・左・両側）
4. めまいがする。めまいがしやすい。（回転性・動揺性）
5. 立ちくらみする。 6. 車酔いしやすい。

O. 消化器系

1. 食欲がない。・食欲がありすぎる。 2. 食べ過ぎるとすぐ胃腸の調子が悪くなる。
3. 食後に眠くなる。 4. 腹痛がある（場所 ）
5. 腹が張る。 6. みぞおちがつかえる。
7. 胸焼け 8. 吐き気がある。
9. 嘔吐する 10. げっぷが多い。 11. 腹がグルグルする。
12. 肛門が痛い。・脱肛する。
13. 口が渇く。・口が粘る。・口が苦い。 14. 口内炎がある。

P. 呼吸器系

1. 鼻汁がでる。（透明・黄色・その他 ） 2. 鼻がつまる。
3. 鼻血がでやすい。 4. 喉がつまった感じがする。
5. 扁桃腺をよく腫らす。
6. 咳がでる。（常時・発作的・時々・就寝時・夜間・その他
7. 痰がでる。（黄色・白色、血痰、その他）

Q. 皮膚系

1. 抜け毛が増えた。
2. 白髪が増えた。
3. つめが割れやすい。
4. 肌がかゆい。
5. 肌が乾燥する。
6. 発疹がでやすい。
7. にきびがでやすい。(赤いにきび、白いにきび)
8. 青あざがでやすい。
9. しもやけができる。

R. 筋骨格系

1. 腰が痛い。
2. 足がしびれる。(右・左・両側)
3. 膝が痛い。(右・左・両側)
4. 足がつりやすい。
5. 手がしびれる。(右・左・両側)
6. 関節が痛い(部位)
7. 身体にこわばりがある。(全身・手指・手・足・その他)

S. 婦人科系(女性の方のみお答えください。)

1. 月経はありますか。(ある・ない)
2. 月経は規則的ですか?(規則的・不規則)、()日周期で。()日間出血する。
3. 月経痛はありますか。(いいえ・はい) 痛みは?(強い・弱い)
鎮痛剤の服用は?(あり・なし)
4. 経血の色は?(淡い赤・赤・暗い赤)
5. 月経のなかに血の塊は?(なし・少ない・多い)
6. 月経の量は?(少ない・普通・多い)
7. 月経前、月経時に症状はありますか?
(下腹痛・腰痛・頭痛・不安感・気力の低下・イライラ感・のぼせ
その他)
8. 出産歴 (なし・あり)
9. 医師から婦人科系疾患を指摘されたことはありますか?
(子宮筋腫・子宮内膜症・子宮癌・卵巣腫瘍・卵巣機能不全・不妊症)