

漢方薬処方用問診票

氏名 _____ 生年月日 S H R 年 月 日

あてはまるものに○で囲んでください

- ① 全身がだるい 疲れやすい やる気が出ない 食欲不振 息切れ
よく風邪をひく 目がかすんで頭がクラクラする 普段からよく汗をかく
- ② 気分がすぐれない イライラすることが多い 不眠
咽や胸の詰まった感じがする お腹が張った感じがする げっぷがよく出る
- ③ のぼせた感じがするのに足が冷える 咳が出る 頭痛 吐き気
イライラすることが多い めまいや立ちくらみがする
- ④ 皮膚が乾燥する 目がかすむ・乾く 動悸・息切れ 爪がよく割れる
髪の毛がよく抜ける 不眠
(女性)月経の経血量が最近減った 月経周期が遅れる(_ _ 日くらい)
- ⑤ 不眠 目の下にクマがよくできる 手足がしびれる
チクチクした痛みがある(部位: _____)
(女性)経血に塊が混じることがある
- ⑥ 手足がむくむ 朝に体がこわばった感じがする 小便が少ない
めまい・立ちくらみ 吐き気 下痢しやすい 食欲不振
- ⑦ 咽がかれる 鼻・咽・口が乾く 髪の毛に艶がない
皮膚が乾燥する 尿量が少ない 便秘

☆今までに薬・注射でじんましんやショックを起こしたことがありますか？

ある(薬の名前: _____) ない

☆今までに重い病気にかかたことがありますか？

ある(病名: _____)(_____ 年頃) ない

☆嗜好品

酒： 飲まない 飲んでいたことがある(歳から 歳)
飲んでいる

日本酒 焼酎 ビール ウイスキー ワイン その他()
量()/日 週に()回

煙草：吸わない 吸っていたことがある(歳から 歳)

吸っている(歳から) ()本/日

飲物： コーヒー 紅茶 日本茶 その他() 1日()杯

☆性機能関係

(女性) 初経()歳 閉経()歳 最終月経(月 日)

妊娠の可能性(なし あり)

(男性) ED(なし あり)

☆その他 気になること、聞きたいこと、思いついた症状などをお書きください。

以上ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

増本医院