

漢方診療 問診票		既往歴・家族歴 その他	
氏名 _____			
性別：男・女 年齢(      才)			
身長 (      ) 平熱 (      °C)			
体重 (      ) 手術：なし・あり		アルコール：	
職業 (      ) 輸血：なし・あり		タバコ：	
出身地(      ) アレルギー：なし・あり		嗜好品：	
① 全身症状	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 体全体が重い <input type="checkbox"/> 物忘れする <input type="checkbox"/> 些細なことが気になる <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 性欲が減退した	<input type="checkbox"/> 物事に驚きやすい <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 乗り物酔いをする	
② 便通 (下剤を飲んでいない状態で)	<input type="checkbox"/> 硬い便がでる <input type="checkbox"/> 毎日便がでるがスッキリしない <input type="checkbox"/> 便秘する <input type="checkbox"/> 軟い便がでる <input type="checkbox"/> 下痢する その他(      )		
③ 小便	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 尿の量、回数とも少ない <input type="checkbox"/> 尿がうまく出切らない <input type="checkbox"/> 尿が濃い <input type="checkbox"/> 夜布団に入ってから小便に起きることがある <input type="checkbox"/> 尿をもらすことがある <input type="checkbox"/> 尿を出そうとしてから出るまでに時間がかかる その他(      )		
④ 食欲	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 物の味がわからない <input type="checkbox"/> 食生活が悪いと思う <input type="checkbox"/> 物が苦く感じられる <input type="checkbox"/> 食事が不規則である		
⑤ 睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> よくないやな夢をみる <input type="checkbox"/> 食後すぐに眠くなる <input type="checkbox"/> 眠気がいつもある <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い <input type="checkbox"/> 明け方に眼が覚めてしまう		
⑥ 汗	<input type="checkbox"/> 汗をかきやすい <input type="checkbox"/> 特に首から上にかく <input type="checkbox"/> 寝汗をかく <input type="checkbox"/> 手のひらに汗をかく		
⑦ 発熱 悪寒	<input type="checkbox"/> 暑がりである <input type="checkbox"/> 寒がりである <input type="checkbox"/> 腰から下が冷える <input type="checkbox"/> 手足が冷える <input type="checkbox"/> しもやけができる <input type="checkbox"/> 冷房はきらいである <input type="checkbox"/> 冬は電気毛布、カイロなどが必要 <input type="checkbox"/> 体に熱感がある <input type="checkbox"/> 靴下をはいて寝る <input type="checkbox"/> 手足がほてる <input type="checkbox"/> 上半身ことに顔面にのぼせがくる <input type="checkbox"/> 体ことに背中が急に熱くなったり寒くなったりする		
⑧ 口、舌	<input type="checkbox"/> 口がねばる <input type="checkbox"/> 唾液が口の中にたまる <input type="checkbox"/> 唾液が少なく、口が乾燥しやすい <input type="checkbox"/> 冷たい水が好きでよく飲む <input type="checkbox"/> 温かい物が好きでよく飲む <input type="checkbox"/> 口舌がよく荒れる、口内炎ができる <input type="checkbox"/> よくのどが渇く <input type="checkbox"/> 口臭がある		

⑨ 頭	<input type="checkbox"/> ズキズキと脈うつような頭痛が発作的におこる <input type="checkbox"/> しめつけられるようなキリキリとした頭痛がする <input type="checkbox"/> 頭痛と生理に関係がある <input type="checkbox"/> 頭痛薬をのまずにいられない <input type="checkbox"/> 頭に何かかぶせられたような重たさがある <input type="checkbox"/> 頭痛に伴って吐き気や嘔吐がある	<input type="checkbox"/> 首が凝る     <input type="checkbox"/> 天候に左右される
⑩ 顔、目	<input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 顔にシミが目立つようになった <input type="checkbox"/> いつも赤ら顔だと自分で思う	<input type="checkbox"/> 目がかすむ  <input type="checkbox"/> 顔に吹出物がでやすい <input type="checkbox"/> クマがしやすい
⑪ 耳、鼻	<input type="checkbox"/> めがまわることがある <input type="checkbox"/> 耳鳴りがすることがある <input type="checkbox"/> よく鼻水がでる <input type="checkbox"/> においがわからない <input type="checkbox"/> 食べた物がのどにつかえる感じがする	<input type="checkbox"/> よく立ちくらみする <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> よく鼻づまりする
⑫ 胸	<input type="checkbox"/> よく咳がでる <input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 腹から何かがつき上げてきて、動悸と不安におそわれることがある	<input type="checkbox"/> よく痰がでる <input type="checkbox"/> 胸がつまったりモヤモヤしている <input type="checkbox"/> 息切れがする
⑬ 腹	<input type="checkbox"/> よく嘔気がある <input type="checkbox"/> ゲップが出る <input type="checkbox"/> みぞおちの重苦しい感じがある <input type="checkbox"/> 腹が痛む <input type="checkbox"/> 背中がはることがある	<input type="checkbox"/> 朝、歯をみがく時ムカつくことがある <input type="checkbox"/> 胸やけしやすい <input type="checkbox"/> 腹のはることがよくある <input type="checkbox"/> 腹がゴロゴロ グーグーなることがある <input type="checkbox"/> 痔の気がある
⑭ 皮膚	<input type="checkbox"/> よく湿疹が出る <input type="checkbox"/> 毛がよくぬける <input type="checkbox"/> シミがしやすい	<input type="checkbox"/> おできや吹出物がしやすい <input type="checkbox"/> 皮膚がカサカサになる <input type="checkbox"/> すぐアザになる <input type="checkbox"/> トリハダが立ちやすい
⑮ 関節 四肢	<input type="checkbox"/> 関節の痛みがある <input type="checkbox"/> 足がむくむことがある <input type="checkbox"/> 朝、手のこわばることがある <input type="checkbox"/> 関節に水がたまることがある <input type="checkbox"/> 筋肉がピクピク動くことがある <input type="checkbox"/> 手が冷えると手指が白くなったり紫に変わることもある	<input type="checkbox"/> 関節がはれたり熱をもつことがある  <input type="checkbox"/> 体がフラついて歩きにくい <input type="checkbox"/> よくコムラガエリする <input type="checkbox"/> 手の平が赤い
⑯ 月経	<input type="checkbox"/> すでに閉経した <input type="checkbox"/> 生理の期間が1週間以上つづく <input type="checkbox"/> 生理痛があり、休養やクスリの服用を必要とする <input type="checkbox"/> 出血量が多い <input type="checkbox"/> 生理前は調子が悪くなる	<input type="checkbox"/> 周期が1週間以上ズレる <input type="checkbox"/> 生理が2～3日しかない <input type="checkbox"/> 生理血にかたまりがある <input type="checkbox"/> おりものがある <input type="checkbox"/> 出血量が少ない <input type="checkbox"/> 生理中に調子が悪くなる

※ その他 気になる症状があればお書き下さい。