

初診の方へ

当院は東洋医学専門のクリニックです。西洋医学的な診断、治療は原則的に行っておりませんので予めご了承の程お願い申し上げます。

煎じ生薬からエキス剤(顆粒)の変更希望(又はその逆)、服用後の体調の変化についてのご相談は、ささいな事でもご遠慮なくお申し出下さい。

(ふりがな) 生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日

名前: 年齢: 才 男・女

住所: 〒

電話: FAX: 日中連絡先:

身長: cm 体重: kg (携帯電話)

1. 本日はどうされましたか?

症状 いつ頃から 経過

- ・
- ・
- ・
- ・

2. 現在、他の病院で治療を受けたり薬を飲んでいますか?

病名: 薬の名前:

3. 過去、どんな病気にかかったことがありますか?

4. 手術歴: 有(いつ頃どんな手術をしましたか?): 無

5. 薬のアレルギー: 有(何:)・無 食べ物アレルギー: 有(何:)・無

6. 過去に漢方薬を服用して、肝機能障害をおこしたことはありませんか?(ある・ない)

7. 家族歴: 近い血縁者で癌・心臓病・糖尿病等の疾患の方は、あればお聞かせ下さい。

()

8. 家族構成: 未婚・既婚・離別 子供()人

9. 便通: ()日に()回 便秘・下痢気味・軟便・硬便・普通・先硬

尿の回数: 1日()回・夜間()回 食欲(有・無・普通)

10. 職業: 毎日何時ごろ寝ますか? 時頃

11. 女性の方へ

月経()日型(規則的・不規則的) 最終月経(月 日より 日間)

月経前症状:()

生理痛(有・無) 出血量(多・普・少) 血の塊(有・無) 初潮 才 閉経 才

現在妊娠: 有(週)・無 妊娠歴: 回 早・流産:(有・無)

12. 嗜好品: タバコ(吸わない・吸う1日 本) アルコール(飲まない・毎日・時々)

13. 胃腸は丈夫ですか?(はい・いいえ) 胃薬は必要ですか?(はい・いいえ)

14. この病院をどこでお知りになりましたか?(紹介者のお名前もお書き下さい。)

問診表

下記に該当するものに印をつけてください

木象自覚症状	
<input type="checkbox"/> 怒りやすい（よく怒る）	<input type="checkbox"/> 視力の低下がある
<input type="checkbox"/> 一職業的なものも含む（教師・医者・検事）	<input type="checkbox"/> 脇が脹ったり痛んだりする
<input type="checkbox"/> 正義感が強すぎて対人関係でもめる	<input type="checkbox"/> 下腹部が引きつる
<input type="checkbox"/> 我が強い方である	<input type="checkbox"/> 酸味が好きである
<input type="checkbox"/> 清潔好きである	<input type="checkbox"/> 風にあたるのが苦手である（扇風機も含む）
<input type="checkbox"/> 頭が脹るように痛い	<input type="checkbox"/> 睾丸が引きつる（男性）
<input type="checkbox"/> 眩暈（めまい）がある	<input type="checkbox"/> 生理不順（女性）
<input type="checkbox"/> 爪の状態が悪い	<input type="checkbox"/> 生理痛（女性）
<input type="checkbox"/> 涙がよく出る	<input type="checkbox"/> 顔色が青い
火象自覚症状	
<input type="checkbox"/> じっとしているとイライラする	<input type="checkbox"/> 顔がほてる
<input type="checkbox"/> 何かにつけて頑張りすぎる	<input type="checkbox"/> 身体が熱い（暑がりである）
<input type="checkbox"/> やたらに笑う	<input type="checkbox"/> 夏の暑さが苦手である
<input type="checkbox"/> 若いのに物忘れする	<input type="checkbox"/> 乾嘔（からえずき）する
<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 口内炎が多発する
<input type="checkbox"/> 胸の心臓部が痛む	<input type="checkbox"/> 背中の肩甲間部が凝る（痛む）
<input type="checkbox"/> 胸苦しい時がある	<input type="checkbox"/> 苦い味が好きである
<input type="checkbox"/> 動悸がある	<input type="checkbox"/> 顔色が紅い
<input type="checkbox"/> 手掌（手のひら）が熱くなることがある	
土象自覚症状	
<input type="checkbox"/> 口唇が赤く腫れやすい	<input type="checkbox"/> 食欲に異常（過食又は小食）がある
<input type="checkbox"/> 口唇ヘルペスが出来やすい	<input type="checkbox"/> 夜更かしで朝早く起きれない
<input type="checkbox"/> よくゲップがでる	<input type="checkbox"/> 睡眠中に涎（よだれ）が出る
<input type="checkbox"/> しゃっくりが出ることがある	<input type="checkbox"/> 体重の増減がある
<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 浮腫（むくみ）がある
<input type="checkbox"/> 口の中が粘る	<input type="checkbox"/> 一つのことで思い悩むほうだ
<input type="checkbox"/> 食べ物の味に敏感である	<input type="checkbox"/> 周囲に気を使いすぎて気疲れしやすい
<input type="checkbox"/> 胸が焼ける	<input type="checkbox"/> 甘い味が好きである
<input type="checkbox"/> 腹が脹る	<input type="checkbox"/> 湿度の高いのが苦手である
<input type="checkbox"/> 食後すぐだるくなって横になりたくなる	<input type="checkbox"/> 顔色が黄色い
<input type="checkbox"/> 甘い物が好きである	
金象自覚症状	
<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	<input type="checkbox"/> 皮膚病がある（例えばアトピー性皮膚炎）
<input type="checkbox"/> 鼻の中が乾燥する	<input type="checkbox"/> 体毛が抜けてきている
<input type="checkbox"/> 咽頭が乾燥する	<input type="checkbox"/> 産毛（うぶげ）が多い
<input type="checkbox"/> 痰（血痰）が出る	<input type="checkbox"/> 虚脱感（つかれ）がある
<input type="checkbox"/> くしゃみをよくする	<input type="checkbox"/> 息切れがする
<input type="checkbox"/> 人より悲しみやすい	<input type="checkbox"/> トウガラシ辛い味が好きである
<input type="checkbox"/> 悲しいことがあると声を出して泣く	<input type="checkbox"/> 乾燥が苦手である
<input type="checkbox"/> 喘息（ぜんそく）の症状が出やすい	<input type="checkbox"/> 顔色が白い
<input type="checkbox"/> 冷水を浴びせられたようにゾクゾク寒気がする	
水象自覚症状	
<input type="checkbox"/> おどおど（ビクビク）しやすい	<input type="checkbox"/> 腰が痛い
<input type="checkbox"/> あくびが多い	<input type="checkbox"/> 脚がだるい、むくむ
<input type="checkbox"/> 冷えのぼせがある	<input type="checkbox"/> かかたが痛い
<input type="checkbox"/> 腹が痛み大便をもよおす	<input type="checkbox"/> 立ちくらみがある
<input type="checkbox"/> 脛（すね）が冷える	<input type="checkbox"/> 精力の減退がある
<input type="checkbox"/> 歯茎が痩せてくる	<input type="checkbox"/> 夢精がある
<input type="checkbox"/> 若くして歯が抜けている	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい（中高年者）
<input type="checkbox"/> 尿が近い	<input type="checkbox"/> 塩辛い味が好きである
<input type="checkbox"/> 尿が出し渋る	<input type="checkbox"/> 冬の寒さが苦手である
<input type="checkbox"/> 髪の毛の質が悪い	<input type="checkbox"/> 顔色が黒い

問診表

下記に該当するものに印をつけてください

<input type="radio"/> 疲れやすく、その上休んでもすぐ体が回復せず、仕事や学校の前からもう疲れを感じている	<input type="radio"/> 無理が出来て、しかも疲れしらずなので、疲れ易い人(虚の人)を見ると、怠けていると判断してしまう
<input type="radio"/> 季節に関係なく、ジワリとした汗をかき易い傾向がある	<input type="radio"/> あまり汗をかけない(かかない)
<input type="radio"/> 風呂に入るとすぐ汗が出て、その後その汗がなかなかひかない	<input type="radio"/> 風呂に入ってもなかなか汗が出ず、その後その汗はすぐひく
<input type="radio"/> 寝汗をかく時が多い	<input type="radio"/> 寝汗をかかない
<input type="radio"/> 風邪をひいて発熱した時、ジトっと汗をかきやすい	<input type="radio"/> 風邪をひいて発熱しても汗が出にくい
<input type="radio"/> 尿の1回量が多く、1日の排尿回数が多い	<input type="radio"/> 尿の1回量が少なく、1日の排尿回数が少ない
<input type="radio"/> 尿の色がほとんど透明に近く、色が無い(透明から黄色)	<input type="radio"/> 尿の色が濃い(薄黄色から濃い黄色)
<input type="radio"/> 冷えると下痢をしやすい	<input type="radio"/> 便秘しやすく冷えても下痢をしない
<input type="radio"/> もし便秘していても市販の下剤を飲むとしぶり腹になって下痢をする	<input type="radio"/> 市販の下剤を飲んでも、しぶり腹とならず便がすっきりでる
<input type="radio"/> 寒がり	<input type="radio"/> 暑がり
<input type="radio"/> 夏の冷房が苦手	<input type="radio"/> 冬の暖房が苦手
<input type="radio"/> 顔の色が色白(青白い) (飲酒しても顔が赤くならない)	<input type="radio"/> 顔の色が赤い(赤ら顔) (飲酒したらすぐ赤くなる)
<input type="radio"/> ジーっと静かにしている事が好き	<input type="radio"/> ジーとしているとイライラしてきて落ち着きが無く、ウロウロ動き回りたがる
<input type="radio"/> 人と待ち合わせして待たされてもイライラしない	<input type="radio"/> 人と待ち合わせして待たされたら、イライラする
<input type="radio"/> 飲食店やデパートで待たされてもイライラしない	<input type="radio"/> 飲食店やデパートで待たされるとイライラする
<input type="radio"/> 夏でも温かい物を好む	<input type="radio"/> 冬でも冷たい物を好む
<input type="radio"/> 生理痛がある場合、痛みは生理がきてから感じる事が多い	<input type="radio"/> 生理がある場合、痛みは生理になる前に感じ、生理が始まると痛みが和らぐことが多い
<input type="radio"/> 生理中の出血量は多い	<input type="radio"/> 生理中の出血量は少ない
<input type="radio"/> 以前、血液検査で貧血を指摘されて鉄剤を飲んだ事がある	
<input type="radio"/> 生理は遅れやすい	<input type="radio"/> 生理は早くきやすい
<input type="radio"/> 生理の血の色は暗い赤色	<input type="radio"/> 生理の血は鮮明な赤色