

問 診 票

年月日：

御氏名 _____ 男・女 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

今一番困っている症状をお書き下さい

その症状はいつからですか

その他にも問題があればお書き下さい

今までかかった病気やケガなどがあればお書き下さい

喫煙： 本 / 日

飲酒： 日 / 週

以下の項目で該当するところを で囲んで下さい

体 質 寒がり 冷え症 手足が冷たい 冬にシモヤケができる 夏のエアコンが苦手
暑がり のぼせ症 手足がほてる
風邪を引きやすい 疲れやすい 汗かき 内出血しやすい むくみやすい

胃腸症状 食欲(ある・ない・食べれば食べられる)
胸やけ げっぷ 吐き気 胃もたれ 胃痛・腹痛 腹が張る ガスがたまる
口が苦い 口が粘る のどが渇く 水分をよく取る(冷たいもの・温かいもの)
便秘 1日 回 軟便 下痢 便秘(日に1回 便秘薬)

頭 部 等 めまい 頭痛 耳鳴り のどが詰まる感じ こり(首・肩・背)

胸 部 等 咳 痰 動悸 息切れ 息苦しい

泌 尿 器 尿が近い・遠い 夜中にトイレに起きる(回 / 晩)

皮 膚 乾燥しやすい 吹き出物ができやすい じんましん

精 神 不安 憂うつ 怒りっぽい イライラ 物忘れ 寝つきが悪い 眠りが浅い

神 経 麻痺() 知覚異常() ふるえ 痙攣

女 性 未婚・既婚 月経(順 不順 痛 量の異常) 帯下

仕 事

運 動

ご家族の健康状態で医師にとくに伝えたいことがあればお書き下さい