

【漢方内科専用 問診票①】

フリガナ

記入日

年

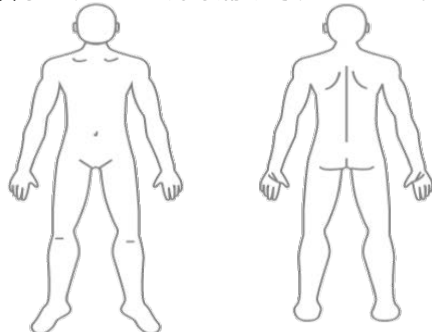
月

日

氏名 _____ (男 ・ 女) 年齢： (_____)

①どのような症状がありますか？下記の図で示してください。(できるだけ詳細に記載してください)

例) どんな時に症状悪化・軽快しますか？どんな痛みですか？ ピリピリ・ヒリヒリする痛み など



②初発時期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (または _____ 月・年 ほど前)

③この症状でかかった医療施設名と診断名、検査、治療内容をわかる範囲内で記載してください。

医療機関名：

診断名：

検査：

治療：

④該当する既往歴に✓を記載し、年齢を記載してください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 外傷・交通事故 (_____ 才) | <input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ 才) |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 (_____ 才) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 (_____ 才) |
| <input type="checkbox"/> 喘息・アレルギー (_____ 才) | <input type="checkbox"/> 肝炎 (_____ 才) |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患 (_____ 才) | <input type="checkbox"/> 眼科疾患： (_____ 才) |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 (_____ 才) | <input type="checkbox"/> 歯科疾患： (_____ 才) |
| <input type="checkbox"/> 手術： (_____ 才) | <input type="checkbox"/> その他： (_____ 才) |

⑤薬の副作用・アレルギーがあれば記載してください。

【薬剤名】

【副作用：アレルギー症状】

[_____] :

[_____] :

⑥生活習慣

◆飲酒 (1日の量)： _____ 合/日・ 飲まない

◆タバコ： _____ 本/日・ 吸わない

◆便秘： _____ 日 _____ 回

◆睡眠： 良 ・ 普 ・ 不眠

◆食欲： 良 ・ 普 ・ 食欲なし

⑦ジェネリック処方： 希望する _____ どちらでも良い _____ 希望しない _____

【漢方内科専用（気・血・水） 問診票②】

フリガナ

氏名 _____

下記、該当するものに✓をしてください。

<p>【気】</p> <p>気が過剰になると体内で滞り、流れが止まる。 この状態は「気滞(きたい)」と呼ばれる。 反対に不足すると「気虚(ききょ)」となる。</p>	
<input type="checkbox"/> イライラしやすい <input type="checkbox"/> 下腹部に膨張感がある <input type="checkbox"/> 腹部にガスがたまりやすい <input type="checkbox"/> ストレスがたまりやすい <input type="checkbox"/> ストレスによる片頭痛がある <input type="checkbox"/> 脇腹が痛むことがある <input type="checkbox"/> ストレス性の胃炎や胃痛がある <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> げっぷがよく出る <input type="checkbox"/> 下痢と便秘を繰り返す	<input type="checkbox"/> 身体が疲れやすい <input type="checkbox"/> 気分が減入りがち <input type="checkbox"/> 食が細い <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい <input type="checkbox"/> 食後はすぐに眠くなる <input type="checkbox"/> 消化不良や胃もたれを起こしやすい <input type="checkbox"/> 寒がりである <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い <input type="checkbox"/> 気力が続かず、がんばりが効かない
<p>【血】</p> <p>血が過剰になると体内で流れが止まる。 この状態は「瘀血(おけつ)」と呼ばれる。 逆に不足した状態を「血虚(けっきょ)」となる。</p>	
<input type="checkbox"/> 肩や首の凝りがひどい <input type="checkbox"/> 痔核があるか、痔になりやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が黒ずみやすく、痣(あざ)がある <input type="checkbox"/> 夜になると肩こりや腰痛が悪化する <input type="checkbox"/> 舌が紫色か、紫や黒の斑点がある <input type="checkbox"/> 体のどこかがしびれる <input type="checkbox"/> 手足の先が冷える <input type="checkbox"/> 血圧が高めである <input type="checkbox"/> シミやソバカスができやすい <input type="checkbox"/> 顔や手のひらが赤い	<input type="checkbox"/> 冷え性である <input type="checkbox"/> めまいや立ちくらみがする <input type="checkbox"/> 貧血気味である <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 目が疲れやすく、かすむ <input type="checkbox"/> ぐっすり眠れないと感じる <input type="checkbox"/> 顔色が白い <input type="checkbox"/> 爪の色が白い <input type="checkbox"/> 髪がバサつき、切れやすい <input type="checkbox"/> 肌が乾燥気味である
<p>【水】</p> <p>水が過剰になると体内で滞り、流れが止まる。 この状態は「痰飲(たんいん)」と呼ばれる。 反対に不足すると「陰虚(いんきょ)」となる。</p>	
<input type="checkbox"/> むくみやすい <input type="checkbox"/> 体が重くだるい <input type="checkbox"/> 湿度が高いと調子が悪い <input type="checkbox"/> 舌苔が厚い <input type="checkbox"/> 食欲があまりない <input type="checkbox"/> 水分をとり過ぎると調子が悪い <input type="checkbox"/> 淡がよく出る <input type="checkbox"/> めまいや耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 太り気味である <input type="checkbox"/> お酒を飲むと下痢をする	<input type="checkbox"/> 口がよく渴く <input type="checkbox"/> ほてったり、のぼせたりする <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 空咳をする <input type="checkbox"/> 鈍い腰痛がある <input type="checkbox"/> 便秘気味でコロコロした便が出る <input type="checkbox"/> 肌が乾燥している <input type="checkbox"/> 舌の赤みが強く、舌苔が薄い <input type="checkbox"/> 痩せている <input type="checkbox"/> 尿の出が悪い

【漢方内科専用 問診票③】

フリガナ

氏名 _____

下記の該当する症状について伺います。

該当項目()にいずれか記号を記載してください。

◎ : 症状が強い、○ : 症状がある、△ : 時々、× : 症状がない ※すべて()を埋めてください。

1	()	身体がだるい	2	()	疲れやすい	3	()	身体がフラフラする
4	()	寝汗をかく	5	()	風邪をひきやすい	6	()	風邪が治りにくい
7	()	乗り物に酔いやすい	8	()	冷え性	9	()	汗かき(全身・手)
10	()	汗がでない	11	()	イライラする	12	()	怒りやすい
13	()	憂うつである	14	()	寝つきが悪い	15	()	眠りが浅い
16	()	朝の寝起きが悪い	17	()	頭痛	18	()	頭重感
19	()	のぼせる	20	()	考えがまとまらない	21	()	顔が痛い
22	()	めまいがする	23	()	立ちくらみがする	24	()	目がぼやける
25	()	目が疲れる	26	()	視力低下	27	()	目がかゆい
28	()	目が乾く	29	()	耳鳴りがする	30	()	耳が聞こえずらい
31	()	のどが痛い	32	()	喉がいがらっぽい	33	()	喉が渇く
34	()	口内炎がよくできる	35	()	扁桃炎を繰り返す	36	()	舌が痛い
37	()	味が分からない	38	()	くしゃみ	39	()	鼻水
40	()	鼻づまり	41	()	においがしない	42	()	いびきをかく
43	()	歯ぎしり	44	()	首、肩がこる	45	()	背中が凝る
46	()	わきが	47	()	手がしびれる	48	()	手が震える
49	()	血圧が高い	50	()	血圧が低い	51	()	胸が苦しい
52	()	動悸がする	53	()	息切れ	54	()	食欲がない
55	()	胃腸が弱い	56	()	胃部不快感	57	()	胸やけ
58	()	吐き気	59	()	ゲップがよく出る	60	()	お腹が張る
61	()	ガスが多く出る	62	()	腰痛	63	()	足が冷える
64	()	足がほてる	65	()	膝が痛い	66	()	脚がつる
67	()	足がしびれる	68	()	脚がむくむ	69	()	あかぎれがでる
70	()	しもやけができる	71	()	魚の目がある	72	()	皮膚がかゆい
73	()	脱毛が多い	74	()	蕁麻疹がよくでる	75	()	湿疹がでやすい
76	()	爪が割れる、はがれる	77	()	水虫ができる	78	()	慢性便秘
79	()	下痢をよくする	80	()	下痢便秘交互	81	()	頻尿
82	()	尿失禁がときにある	83	()	夜間尿が多い	84	()	残尿感がある
85	()	性欲減退	86	()	勃起障害	87	()	生理不順
88	()	生理痛が辛い	89	()	不妊症で悩む	90	()	痔で困っている

【漢方内科専用（頭痛） 問診票④】

フリガナ

※頭痛症状がある方のみ記載してください

氏名 _____

① 初発時期： 年 月 日（または 月・年 ほど前）

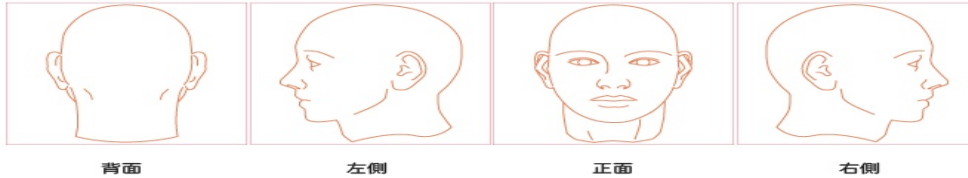
② 既往歴

外傷または手術（ 歯 ・ 副鼻腔 ・ 耳 ・ 眼 ・ 頭頸部 ・ 顎 ）

内科疾患（ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ その他）

その他（ _____ ）

③ 部位 下の図で示してください。



④ 性質 該当するものに✓をしてください。

- 脈を打っている、またはズキンと拍動するような痛み
- 締め付けられる、または物が被さっている、重いような痛み
- 刺すような、チクチクするような、焼けるような、ピリピリするような痛み
- うずくような、ズキズキするような痛み
- 頭が割れるような痛み
- その他

⑤ 痛みの程度 該当するものに✓をしてください。

- 仕事を休む必要はない、または仕事などで気が紛れば問題ない
- 仕事を休む、または臥床するか静かにしていればよい
- ものすごく痛み、臥床しても耐えにくいように感じる、または夜間痛みで目覚める
- 痛む部位を床や壁に打ち付けたり、拳でアザができるくらい殴ったりする
- 自殺を考える程度

⑥ 発作頻度 頻度（ ）に記入をし、該当するものに✓をしてください。

発作は（ ） 日 ・ 週 ・ 月 に（ ） 回起こる

- 持続しているが、たまに楽なこともある
- 年中痛みがあり、楽になることはない
- 最初はすぐに治ったが、だんだん持続するようになってきた
または、痛みの程度がだんだんひどくなってきた

⑦ 日内変動のタイプ 該当するものに✓をしてください。

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 朝または午前中 | <input type="checkbox"/> 一定の時刻に痛む | <input type="checkbox"/> 午後または夕方 |
| <input type="checkbox"/> 特に決まっていない | <input type="checkbox"/> 夜間 | <input type="checkbox"/> 一日中絶え間なく |

⑧ 誘発

- 咳、くしゃみ、便秘、いきみ、前屈みにして頭を下げる、臥床になる、頭を振る
- 心配事がある、ストレスがある、仕事が忙しく無理をするとき、疲労感、人混みに出たとき、乗り物に乗ったとき
- 頭を洗う、話をする、物を噛む、冷たい風に当たる、飲み込む
- 頭部前屈、または回転
- その他（ _____ ）

⑨ 前兆または随伴症状

- | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 | <input type="checkbox"/> 眼はチカチカする | <input type="checkbox"/> めまい、耳鳴り |
| <input type="checkbox"/> 眼がかすむ、二重に見える、または見えなくなる | | <input type="checkbox"/> 普段から首・肩こり |
| <input type="checkbox"/> 急に鼻がつまり涙が出る、汗をかく、顔が赤くなる | | <input type="checkbox"/> 発熱 |
| <input type="checkbox"/> 顎・手足のしびれ | <input type="checkbox"/> 失神また意識障害 | <input type="checkbox"/> けいれん |
| <input type="checkbox"/> 前から鼻が詰まったり、鼻水がのどに流れたりする | | <input type="checkbox"/> 発作後、緩くなる |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | |