

# 問診表(自然医療部門) -- 東洋医学研究所附属クリニック--

平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先TEL (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

今、一番困っている症状をお書きください	
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ください	喫煙： 本/日
いままでかかった病気やケガなどがあればお書きください (病名、時期、治療法など)	飲酒： 合/回
	日/週
希望される治療の GOAL (「何とか生きて行ける」「とりあえず症状が気にならない」「社会復帰」など具体的に)	
希望される治療法があればお書きください (関心のあるもので結構です)	
以下の項目で該当するところを ○ で囲んでください (特に改善したいものには ◎)	
体 質	・寒がり ・冷え性 ・手足が冷たい ・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 ・その他 ( )
胃腸症状	・食欲不振 ・過食 ・胸やけ ・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 _____ )
痛み等	・めまい ・頭痛 ・耳鳴り ・のどが詰まる感じ ・こり ( くび ・ 肩 ・ 背 ) ・腰痛
胸部等	・せき ・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 ・アトピー
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 ・集中力低下 ・慢性疲労症候群 ・気力低下 ・自律神経失調症
神 経	・麻痺 ( ) ・知覚異常 ( ) ・ふるえ ・痙攣 (けいれん)
女 性	・生理不順 ・生理痛 ・帯下 ・更年期障害
仕 事	・職場での人間関係 ・仕事の悩み
ご家族の健康状態で医師に特に伝えたいことがあればお書きください	

※ 当クリニックを何で知りましたか? → ・HP ・病院検索サイト ・口コミ ・テレビ、雑誌 ・通りすがりに見かけた  
・紹介 ( 医師 家族 知人 その他 \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( )