

< 問 診 表 -- 東洋医学研究所附属クリニック -- >

平成 年 月 日

お名前 _____ (男・女) _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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	飲酒： 合/回 日/週
以下の項目で該当するところを ○ で囲んでください	
体 質	・寒がり ・冷え性 ・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 (くび ・ 肩 ・ 背)
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
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 (けいれん)
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 ()