

平成 年 月 日

## 内科・漢方外来 問診票

ふりがな 身長 cm 体重 kg  
お名前 男 ・ 女  
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生 才 ( ヶ月)  
ご住所 ㊦ ー

電話番号 ㊦

お仕事

①もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか？

.....

②それらの病気や症状は、いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

.....

③今までに病気や手術をしたことがありますか？ はい・いいえ

.....

④現在服用している薬はありますか？ はい・いいえ

.....

⑤薬や食べ物のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

.....

⑥イライラや不安など、心の不調はありますか？ はい・いいえ

.....

⑦現在、妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ

⑧次の質問にお答え下さい(該当する症状に○をしてください)

1) 睡眠 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢をみる)

2) 便 回/日 便通 (普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる)

腹にガスがたまる (なし・あり) 下剤の服用 (なし・あり)

3) 尿 回/日 夜寝てからトイレに起きる (なし・あり) ( 回)

4) 月経周期 ( 日周期・一定しない)

月経痛 (なし・月経開始前・前半・後半) 鎮痛剤の服用 (なし・あり)

月経量 (普通・少ない・多い) おりもの (普通・少ない・多い)