

漢方問診票

シーサイド病院

氏名

記入日

年

月

日

身長

cm

体重

Kg

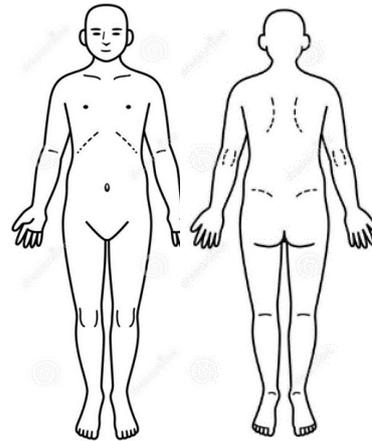
治療中や治療後の病気はありますか。下記にあれば丸を付けてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 肝臓病 腎臓病

悪性疾患() その他()

服薬中の薬を記入してください。()

現在の体調で気になっていることを記入してください。(図に気になる個所を示してください)



以下の質問で当てはまるものに○を付けてください。時にあるというときは△をつけてください。

- | | |
|--------------------------|------------------|
| () 身体がだるい | () 食欲がない |
| () 気力がない | () カゼをひきやすい |
| () 疲れやすい | () 物事に驚きやすい |
| () 日中に眠気が強い | () 下痢傾向である |
| () 気分がうつ傾向である | () 時間により症状が動く |
| () 頭が重い、頭に何かかぶっているようである | () 朝起きにくく調子が出ない |
| () 喉に違和感やつかえた感じがある | () おならがよく出る |
| () 胸のつまった感じがある | () ゲップをよくする |
| | () 残尿感がある |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 足は冷えるが顔はのぼせる | <input type="checkbox"/> 物事に驚きやすい |
| <input type="checkbox"/> 急にどきどきすることがある | <input type="checkbox"/> 焦燥感に襲われることがよくある |
| <input type="checkbox"/> 突然頭が痛くなることがある | |
| <input type="checkbox"/> 咳が続いて顔が真っ赤になり、吐きそうになる | |
| | |
| <input type="checkbox"/> 集中力が落ちたと思う | <input type="checkbox"/> こむらがえりをよく起こす |
| <input type="checkbox"/> 不眠がある | <input type="checkbox"/> 過少月経、月経不順(女性のみ) |
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい | <input type="checkbox"/> 頭髪が抜けやすい |
| <input type="checkbox"/> めまい感 | <input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥と荒れ、あかぎれ |
| | |
| <input type="checkbox"/> ぶつけると青アザが出来易い | <input type="checkbox"/> 身体が重い感じ |
| <input type="checkbox"/> 痔がある | <input type="checkbox"/> 拍動性の頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 生理の時に体調がわるい
(腹痛その他;女性のみ) | <input type="checkbox"/> 車酔いしやすい |
| | <input type="checkbox"/> 立ちくらみがおきる |
| | <input type="checkbox"/> 水のような鼻汁がでる |
| | <input type="checkbox"/> 朝は関節がこわばって動かしにくい |

その他気になることがあれば記入してください

※ 記入が終われば、外来へ提出してください。



podcast



Spotify



YouTube