

問 診 表

東海大学医学部附属病院・東洋医学外来

漢方診療では、自覚症状がきわめて大切な情報となります。
お手数ですが是非ご協力下さい。(書きたくないところは無理して書かなくて結構です)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____

* 東海大学病院の東洋医学外来は何でお知りになりましたか。

東海大学の他科からの紹介 / 他の病院からの紹介 / 院内パンフレット / インターネット /
新聞・雑誌・テレビなど / 講演会 / 家族からの紹介 / 知人からの紹介 / その他
(_____)

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、いつからおこり、どのような経過をとっていますか。

.....
.....

3. 現在、他の医療機関におかかりですか。

診断名 _____

薬品名 _____

4. 次の質問にお答えください。(該当する症状に をして下さい)

- 1) 食欲 0: 良い 1: 普通 2: 低下 3: ない 4: 自分で制限している
- 2) 睡眠 0: 良い 1: 寝つきが悪い 2: 眠りがあさい 3: よく目がさめる 4: よく夢を見る
- 3) 便: * _____ 回/日 * 便通(0: 普通 1: 便秘 2: 下痢 3: 下痢と便秘が交互にくる)
* 便の性状(0: 普通 1: 水様 2: 泥状 3: 軟便 4: 硬くつながっている
5: コロコロ便 6: 硬くはないがすっきりとしない)
* 残便感(0: なし 1: あり) * 腹痛(0: なし 1: あり)
* 腹のはり(0: なし 1: あり) * 腹にガスがたまる(0: なし 1: あり)
* 下剤の服用(0: なし 1: あり) * 下剤での腹痛(0: なし 1: あり)

- 4)尿: * _____回/日 *夜寝てからトイレに起きる(0:なし 1:あり< _____回>)
 *尿の色(0:普通 1:薄い 2:濃い) *残尿感(0:なし 1:あり)
 *排尿時痛(0:なし 1:あり)
- 5)月経: *月経(0:なし 1:あり) *初潮_____歳 *閉経_____歳
 *最終月経_____月 _____日から _____日間
 *月経周期(0:順調< _____日間> 1:遅れる 2:早まる 3:一定しない)
 *月経期間(_____日間) *月経痛(0:なし 1:月経前 2:前半 3:後半)
 *鎮痛剤の服用(0:なし 1:あり) *月経量(0:普通 1:少ない 2:多い)
 *月経周期に関連した不調(0:なし 1:月経前 2:月経中 3:その他の時期)
 *不正出血(0:なし 1:あり) *帯下(0:普通 1:少ない 2:多い)
- 6)妊娠・出産歴: *妊娠_____回 *出産_____回 *自然流産_____回 *人工流産_____回

5. 現在の症状、ふだんの体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に 、著しい場合には をつけてください)

- *暑がり/寒がり/冷える(全身・手・足・腹・腰・背・その他の部位)/のぼせ/冷えのぼせ
 疲れやすい(全身・足・腕・その他の部位)/身体が重い(全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
 だるい(全身・腰・足・腕・その他の部位)/力が入らない(全身・腰・膝・足・腕・その他の部位)
 汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他の部位)/汗が出ない/寝汗
 悪寒(寒け)/悪風(風にあたったとき不快)/発熱/微熱/熱感(熱っぽい)/眠気が強い
 かぜをひきやすい/肥満/やせ(太れない)/体重増加/体重減少/過食/拒食/
 水分をよくとる/浮腫(むくみ)/リンパ浮腫/リンパ節腫脹/レイノー現象/かゆみ/乾燥
 しこり(乳房・その他の部位)/体の不快感・違和感/黄疸/くすぐったがり
- *不安感/焦燥感/無気力/ゆううつ感/朝起きるのがつらい/イライラする/怒りっぽい
 気分障害(気分むらがある)/夜泣き/歯ぎしり/神経過敏(驚きやすい)/忘れっぽい
 意識障害(もうろうとする)/失神/痴呆(ぼけ)/幻覚/幻聴/においが気になる
- *頭痛(ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他)/頭重/めまい(回転性・非回転性)
 ふらつき/立ちくらみ/車酔いしやすい/発作性の発汗/発作性の熱感(ホットフラッシュ)
 知覚過敏/知覚麻痺(触れても感じない)/知覚異常(ムズムズなどの異常な感覚)
 ふるえ/ひきつり/けいれん/運動麻痺(身体が動かない)/顔面神経麻痺
 歩行困難/足のもつれ/足があがりにくい/つまずきやすい/帯状疱疹後の痛み
- *胸が苦しい(圧迫感・つまった感じ・しめつけられる感じ・もやもやした・その他)
 胸が痛い/不整脈(脈の乱れ)/頻脈/徐脈(脈が遅い)/動悸(拍動を感じる)/静脈瘤
- *咳(空咳・痰がからむ)/痰(水のような・粘っこい・膿のような)/呼吸困難(安静時・運動時)
 血痰/咯血/息切れ/起座呼吸(座位にしていると苦しい)/チアノーゼ

- * 食後に眠気やだるさを感じる / 食べすぎるとすぐ胃腸の調子が悪くなる / すぐ下痢をする
 少し食べると腹が張って食べられない / 嘔吐 / 吐血 / 呑気症(空気を飲んでしまう) / げっぷ
 悪心・吐き気 / 胸やけ / 胃酸があがってくる / 胃もたれ / 胃の不快感 / 食物が胸につかえる
 腹痛(上腹・下腹・移動性) / 季肋部(肋骨の一番下あたり)の痛み / 季肋部が苦しい
 腹がゴロゴロする / 放屁(おなら) / 便意を頻回に催す / 血便 / 下血 / 痔 / 脱肛 / 肛門痛
- * 眼痛 / 視力低下 / 目の疲れ / 目のかすみ / 目の充血 / 目のかゆみ / 目の乾燥 / まぶしい
 目のゴロゴロ感 / 目のヒリヒリ感 / 目やに / 眼瞼下垂 / 複視(物が二重に見える) / 視野狭窄
- * 耳鳴り / 頭鳴 / 耳閉感 / 難聴 / 耳だれ / くしゃみ / 鼻汁(水のような・粘っこい・膿のような)
 鼻づまり / 鼻が重い / 後鼻漏(鼻汁がのどに落ちる) / 鼻出血 / いびき / 臭いがわからない
 味がしない / 味がおかしい / くちびるが乾く / 口渇(水を飲みたい) / 口乾(口を湿らせた)
 口の苦み・粘つき / 口臭 / 口内炎 / 舌がしみる / 舌痛 / 歯痛 / 歯ぐきの痛み / 嚥下困難
 のどの痛み / のどの奥の乾燥 / のどのつまった感じ / のどのイガイガ / しゃっくり / 声かすれ
- * 発疹・湿疹 / にきび / アトピー性皮膚炎 / じんましん / しもやけ / 肌荒れ / 皮膚の乾燥
 皮膚のかゆみ / 皮膚が油っぽい / 色素沈着(しみ) / 脱色 / 目のくま / あざがでやすい
 皮下出血 / 苔癬 / 脱毛(円形・全般に抜ける) / 毛が濃い / 白毛(毛が白い) / ふけ / いぼ
 爪がもろい / 爪の異常 / 手術の傷あとの痛み / 皮膚が化膿しやすい / ケロイドになりやすい
- * 痛み(腰・肩・背・膝・腕・手指・太腿・足・その他の部位) / こわばり(手指・その他の部位)
 こり(肩・背・首筋・腰・その他の部位) / 張り / 腫れ(膝・肘・手首・その他の部位)
 しびれ(腕・手指・大腿・足・その他の部位) / ほてり(手のひら・足の裏・その他の部位)
 神経痛 / 足がつりやすい / 筋力低下 / 間欠性跛行 / 運動障害(運動に制限がある) / 打撲
- * 不妊 / 胎位異常 / 子宮脱 / 性交痛 / 乳房の張り / 帯下の異常(血性・膿性・その他)
- * 頻尿(昼間) / 夜間頻尿 / 尿失禁 / 夜尿症 / 尿が濁っている / 血尿
 尿量減少 / 水を飲む割に尿が少ない / 尿の出が悪い(すっきり出ない) / 尿閉(尿が出ない)
 性機能の減退 / 会陰部(股間)の不快感 / 会陰部痛 / 睾丸痛
- * その他、気になる症状があればお書き下さい。

6. ご家族・血縁についてお聞きします。(同居の方には 印をつけて下さい)

- 父方・祖父 (健康・病気・死亡)(病名: _____)
- 父方・祖母 (健康・病気・死亡)(病名: _____)
- 母方・祖父 (健康・病気・死亡)(病名: _____)
- 母方・祖母 (健康・病気・死亡)(病名: _____)

父 (健康・病気・死亡)(病名:)
 母 (健康・病気・死亡)(病名:)
 兄弟姉妹(兄・弟・姉・妹) (健康・病気・死亡)(病名:)
 兄弟姉妹(兄・弟・姉・妹) (健康・病気・死亡)(病名:)
 兄弟姉妹(兄・弟・姉・妹) (健康・病気・死亡)(病名:)
 兄弟姉妹(兄・弟・姉・妹) (健康・病気・死亡)(病名:)
 兄弟姉妹(兄・弟・姉・妹) (健康・病気・死亡)(病名:)
 配偶者 (健康・病気・死亡)(病名:)
 子供(男・女) (健康・病気・死亡)(病名:)
 子供(男・女) (健康・病気・死亡)(病名:)
 子供(男・女) (健康・病気・死亡)(病名:)
 子供(男・女) (健康・病気・死亡)(病名:)
 その他の同居者(男・女) (健康・病気・死亡)(病名:)

7.生活習慣についてお聞きします。

* 飲酒歴 開始年齢 _____ 歳 中止年齢 _____ 歳
 過去の飲酒歴 0:なし 1:あり 飲酒量 _____ 合/日
 現在の飲酒歴 0:なし 1:あり 飲酒量 _____ 合/日
 * 喫煙歴 開始年齢 _____ 歳 中止年齢 _____ 歳
 過去の喫煙歴 0:なし 1:あり 喫煙量 _____ 本/日
 現在の喫煙歴 0:なし 1:あり 喫煙量 _____ 本/日
 * 甘いもの好き・辛いもの好き・塩辛いもの好き・肉が好き

8.今までにかかった病気などについてお聞きします。

* 入院歴 _____ 歳頃 (病名:)手術 0:なし 1:あり
 _____ 歳頃 (病名:)手術 0:なし 1:あり
 _____ 歳頃 (病名:)手術 0:なし 1:あり
 * 通院歴 _____ 歳頃 (病名:)
 _____ 歳頃 (病名:)
 _____ 歳頃 (病名:)
 * 輸血歴 0:なし 1:あり _____ 歳
 * 黄疸 0:なし 1:あり _____ 歳
 * 薬物アレルギー 0:なし 1:あり
 (薬品名: _____)

ご協力ありがとうございました。