



# 和漢問診票

年 月 日

フリガナ

お名前

( 男 ・ 女 )

年齢

歳

身長

cm

体重

kg

1. もっともお困りの症状は、どのようなことでしょうか？

症状・病名

いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

1)

2)

3)

2. 漢方薬の服用歴 なし・あり

( 薬名 ;

)

3. 金属アレルギーはありますか？

なし / あり

4. 最近の症状について、次のうち、当てはまる番号や症状に✓を付けてください。

全 般	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 気分がすぐれない
	<input type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> 足腰が痛い	<input type="checkbox"/> 物事に驚きやすい
	<input type="checkbox"/> 物忘れが多い	<input type="checkbox"/> 些細なことが気になる	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい
	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 乗り物酔いしやすい	<input type="checkbox"/> 性欲が減退した
	<input type="checkbox"/> 憂鬱である	<input type="checkbox"/> いつも不安である	<input type="checkbox"/> 取り越し苦労が多い
	<input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> 根気がない	<input type="checkbox"/> しゃべりたくない
	<input type="checkbox"/> 横になるとつらい	<input type="checkbox"/> よく笑う	<input type="checkbox"/> 体に力が入らない
	<input type="checkbox"/> 恐怖心が強い	<input type="checkbox"/> よくため息が出る	<input type="checkbox"/> くよくよする
	<input type="checkbox"/> 翌朝疲れが残る	<input type="checkbox"/> 涙もろい	<input type="checkbox"/> 時間により症状が動く
	<input type="checkbox"/> なんとなくソワソワする	<input type="checkbox"/> 物事に興味がわからない	
<input type="checkbox"/> 集中力がでない			
大 便	<input type="checkbox"/> 毎日一回普通便	<input type="checkbox"/> 便秘をする ( 2~3日に1回・1週間以上ない )	
	<input type="checkbox"/> 軟らかい便が出る	<input type="checkbox"/> 下痢をする ( 1日に1回・2~3回・5回以上・毎食後 )	
小 便	<input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互に来る	<input type="checkbox"/> 便臭が強い	
	<input type="checkbox"/> 痔(ぢ)がある	<input type="checkbox"/> 便が細くなった	
	<input type="checkbox"/> 異常がない	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い	<input type="checkbox"/> 尿量・回数ともに多い
食 事	<input type="checkbox"/> 尿が出るまでに時間がかかる	<input type="checkbox"/> 尿の回数が少ない	<input type="checkbox"/> 夜間尿がある
	<input type="checkbox"/> 残尿感がある		
	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 食欲があって食べすぎる
	<input type="checkbox"/> 食後に腹が張る	<input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	<input type="checkbox"/> 物の味がわからない
睡 眠	<input type="checkbox"/> 肉や油っぽい物が好き	<input type="checkbox"/> コーヒーをよく飲む	<input type="checkbox"/> お茶をよく飲む
	<input type="checkbox"/> お酒をよく飲む	<input type="checkbox"/> タバコをよく吸う	
	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 眠りが浅い
	<input type="checkbox"/> 夢をよく見る	<input type="checkbox"/> 寝起きが悪い	<input type="checkbox"/> 食後すぐ眠たくなる
汗	<input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める	<input type="checkbox"/> 睡眠薬・安定剤を服用している	<input type="checkbox"/> 日中眠い
	<input type="checkbox"/> 汗をかきやすい	<input type="checkbox"/> 汗はあまりかかない	<input type="checkbox"/> 寝汗をかく
	<input type="checkbox"/> 汗は、局所的 ( 首上・手のひら・足 )		<input type="checkbox"/> 発作的に汗をかく
寒 熱	<input type="checkbox"/> 寒がり	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> 寒気がする
	<input type="checkbox"/> 冷える	<input type="checkbox"/> 手足がほてる	<input type="checkbox"/> しもやげができる
	<input type="checkbox"/> のぼせやすい	<input type="checkbox"/> 冷たい物が好き	
	<input type="checkbox"/> 熱い物が好き		
	<input type="checkbox"/> 体、特に背中が急に熱くなったりする		
<input type="checkbox"/> 足は冷えるが顔や頭がのぼせることがある			

※裏面のご記入もお願いします

口 腔	<input type="checkbox"/> 口が粘る <input type="checkbox"/> 口が渴く <input type="checkbox"/> 吐気がする <input type="checkbox"/> 口臭が臭い	<input type="checkbox"/> 物が苦く感じる <input type="checkbox"/> 喉が渴き水を飲む <input type="checkbox"/> 口内炎がでしやすい <input type="checkbox"/> 歯痛がある	<input type="checkbox"/> 唾液が多い <input type="checkbox"/> 唇や口角が荒れる <input type="checkbox"/> 呂律が回りにくい
頭	<input type="checkbox"/> 頭痛がする（ズキズキ・キリキリ・締め付けられる・吐気を伴う） <input type="checkbox"/> 頭痛の場所（頭頂部・こめかみ・おでこ・口の奥・頭全体） <input type="checkbox"/> 頭痛に時間差がある（朝・昼・夕・一日中・食後） <input type="checkbox"/> 天候に左右される <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 頭に帽子をかぶっている気がする	<input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 突然、頭痛がする	<input type="checkbox"/> 人ごみに出ると痛む <input type="checkbox"/> 立ちくらみがする <input type="checkbox"/> ふわふわした感じがする
顔 目	<input type="checkbox"/> シミが出る <input type="checkbox"/> 目の調子が悪い（かすみ・痒い・痛い）	<input type="checkbox"/> 顔色が悪い（青白・黄）	<input type="checkbox"/> 赤ら顔になる <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい
耳 鼻 喉	<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 喉が痛む <input type="checkbox"/> 喉が乾燥する	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 鼻づまりがする <input type="checkbox"/> 喉に物がつかえている感じがする <input type="checkbox"/> 声がかすれる	<input type="checkbox"/> 鼻血がでる <input type="checkbox"/> くしゃみが出る <input type="checkbox"/> むせる
肩 胸	<input type="checkbox"/> 首がこる <input type="checkbox"/> 痰が多い <input type="checkbox"/> 息切れがする <input type="checkbox"/> 胸がつまる <input type="checkbox"/> 腹から突き上げてくる感じがする <input type="checkbox"/> 顔が真っ赤になるほど咳き込む	<input type="checkbox"/> 肩がこる <input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 胸がもやもやする	<input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 胸が痛む <input type="checkbox"/> ゼイゼイする <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい
腹	<input type="checkbox"/> ゲップがでる <input type="checkbox"/> みぞおちが痛む <input type="checkbox"/> 腹が痛む <input type="checkbox"/> 腹の中がモクモク動く <input type="checkbox"/> 酸っぱい水が上がってくる	<input type="checkbox"/> 胸やけがする <input type="checkbox"/> わき腹が重苦しい（右・左） <input type="checkbox"/> 腹が張る <input type="checkbox"/> 走るとゴホゴホ音がする <input type="checkbox"/> 嘔吐する	<input type="checkbox"/> わき腹が痛む（右・左） <input type="checkbox"/> 腹がゴロゴロ鳴る <input type="checkbox"/> おならが多い
腰 背	<input type="checkbox"/> 腰が痛い（前屈で・側屈で・立つと・歩くと・寝てても） <input type="checkbox"/> 腰が重い <input type="checkbox"/> 背中が張る	<input type="checkbox"/> 腰が冷える <input type="checkbox"/> 背中が寒い	<input type="checkbox"/> 背中が痛い
皮 膚	<input type="checkbox"/> 湿疹が出る <input type="checkbox"/> おできや吹き出物がでる <input type="checkbox"/> 陽に当たるとはれやすい <input type="checkbox"/> いぼが出る <input type="checkbox"/> 爪がもろい	<input type="checkbox"/> 皮膚がカサカサする <input type="checkbox"/> すぐにアザになる <input type="checkbox"/> 発疹がある	<input type="checkbox"/> 皮膚が痒い <input type="checkbox"/> あかぎれになる <input type="checkbox"/> 蕁麻疹がでしやすい <input type="checkbox"/> 毛が抜けやすい
関 節	<input type="checkbox"/> 関節の痛みがある（肩・肘・手首・指・股・膝・足首） <input type="checkbox"/> 関節痛の時間（朝・午前中・午後・夜・1日中・動くと・動いた後） <input type="checkbox"/> 関節が腫れて熱をもつ <input type="checkbox"/> むくみやすい <input type="checkbox"/> 物につまづきやすい <input type="checkbox"/> 筋肉が痙攣を起ししやすい（こむらえりがおきやすい）		
月 経	<input type="checkbox"/> 順調である <input type="checkbox"/> 周期が1週間以上ずれる <input type="checkbox"/> 月経痛がある <input type="checkbox"/> 月経の量が少ない	<input type="checkbox"/> もうない（手術・閉経） <input type="checkbox"/> 月経期間が異常（長い・短い） <input type="checkbox"/> おりものがある <input type="checkbox"/> 月経血に塊がある	<input type="checkbox"/> まだない <input type="checkbox"/> 中絶や流産をしたことがある

ありがとうございました