

問 診 表

東京女子医科大学東洋医学研究所 クリニック

漢方医学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に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 _____ ℃

●東洋医学研究所をどのようにしてお知りになりましたか？

他院からの紹介／インターネット／雑誌・テレビなど／知人からの紹介／バスアナウンス
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、いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

.....
.....

②-2 その症状はどのような時に悪くなりますか？(季節、天候、時間帯、生理との関連、その他)

.....
.....

③現在医療機関におかかりですか？

診断名 _____
.....

薬品名 _____
.....

④次の質問にお答え下さい(該当する症状に○をしてください)

1) 食欲 (良い・普通・低下・ない・自分で制限している)

2) 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)

3) 便 _____回／日 便通 (普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる)

便の性状 (普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便・すっきりしない)

残便感 (なし・あり) 腹痛 (なし・あり) 腹のはり (なし・あり)

腹にガスがたまる (なし・あり) 下剤の服用 (なし・あり) 下剤での腹痛 (なし・あり)

4) 尿 _____回／日 夜寝てからトイレに起きる なし・あり (_____回)

尿の色 (普通・薄い・濃い) 残尿感 (なし・あり) 排尿時痛 (なし・あり)

- 5) 月経 (なし・あり) 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳
 最終月経 _____ 月 _____ 日から 月経期間 (_____ 日間)
 月経周期 (順調 { _____ 日間 } ・遅れる ・早まる ・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) 不正出血 (なし・あり) おりもの (普通・少ない・多い)
 月経に関連した不調 (なし・月経開始前・月経中・その他の時期)
- 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、著しく該当する場合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)／のぼせ／冷えのぼせ／眠気が強い
 風邪をひきやすい／疲れやすい(全身・足・腕・その他)／体が重い(全身・腰・膝・足・腕・その他)
 だるい(全身・腰・足・腕・その他)／力が入らない(全身・腰・膝・足・腕・その他)
 汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他)／汗が出ない／寝汗
 悪寒(さむけ)／悪風(風に当たると不快)／発熱／微熱／熱感(熱っぽい)／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／しこり(乳房・その他)／身体の不快感・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(気分がムラがある)／夜泣き／歯ぎしり／神経過敏(驚きやすい)／忘れっぽい／記憶障害
 意識障害(もうろうとする)／失神／幻覚／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)／立ちくらみ／ふらつき
 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)／知覚麻痺(触れても感じない)
 知覚異常(ムズムズなどの異常感覚)／知覚過敏／ふるえ／ひきつり／けいれん／運動麻痺(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・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい・鈍痛・その他)
 胸が痛い／不整脈(脈の乱れ)／動悸(拍動を感じる)／静脈瘤
- ✳ 咳(空咳・痰がからむ)／呼吸困難(安静時・運動時)／痰(水のような・粘っこい・膿のような)／血痰
 喀血／息切れ／起座呼吸(座っていないと苦しい)／チアノーゼ
- ✳ 食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／すぐ下痢をする／げっぷ／嘔吐／吐血
 少し食べると腹が張って食べられない／呑気症(空気を飲んでしまう)／胸焼け／悪心・吐き気
 胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感／食べ物が胸につかえる／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
 目のごろごろ感／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／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／鼻の奥の乾燥／後鼻漏(鼻汁がのどに落ちる)／鼻出血／いびき／においがわからない
 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(口をしめらせたい)
 口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／しみる(舌・口腔内・唇)／舌痛／歯痛／歯ぐきの痛み／唾液分泌低下
 嚥下困難／のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ／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／皮膚が脂っばい／色素沈着(しみ)／脱色／目のくま／あざが出来やすい
 皮下出血／苔癬／毛が濃い／白毛(毛が白い)／脱毛(円形・全般に抜ける)／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・ひざ・腕・手指・もも・足・その他)／こわばり(手指・その他)／こり(肩・背・首筋・腰・その他)
 脹れ(ひざ・ひじ・手首・その他)／しびれ(腕・手指・もも・足・その他)／ほてり(手のひら・足の裏・その他)
 神経痛／筋肉痛／足がつる／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／膣の乾燥／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／尿がにごる／血尿／尿量減少／水を飲む割に尿が少ない
 すっきりと尿が出ない／尿閉(尿が出ない)／性機能減退／会陰部(股間)の不快感／会陰部痛／睾丸痛

✳ 今までの問診表に を付けた症状のなかで、特に気になる症状を 順に () 内に記入し、
 その症状の出現する頻度、および程度の 両方 に をつけてください。

記入例:(頭痛・ズキズキ) 頻度: 1まれに 2ときどき 3**ほぼいつも** 4いつも
 程度: 1わずかに 2すこし 3**かなり** 4**非常に**

1	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
2	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
3	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
4	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
5	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
6	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
7	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に
8	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 ほぼいつも	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 かなり	4 非常に

⑥ご家族・血縁についてお伺いします（同居の方には を付けてください）

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・姉・妹・弟)(健康・病気・死亡)(病名:)
兄弟姉妹(兄・姉・妹・弟)(健康・病気・死亡)(病名:)
兄弟姉妹(兄・姉・妹・弟)(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:)

⑦生活習慣についてお伺いします

* 飲酒歴 開始年齢 _____ 歳 中止年齢 _____ 歳
過去の飲酒歴 なし・あり 飲酒量 _____ 合/日
現在の飲酒歴 なし・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 なし・あり 喫煙量 _____ 本/日
現在の喫煙歴 なし・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伺いします

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

⑨その他、気になる症状などがあればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました