

# 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)

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男・女 ) 職業 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

●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）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  
 現在 妊娠中（週数 \_\_\_\_\_ 週） または 妊娠の可能性ある（はい・いいえ）  
 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（気分に変りがある）／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／ひきつき／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

裏面もご記入下さい

\*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／皮膚が脂っぼい／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)／性功能減退／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( )に記入し、  
その症状の出現する頻度・程度にそれぞれ○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 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
2	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
3	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
4	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
5	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
6	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>
7	〔	頻度: 1まれに	2ときどき	3 <b>ほぼいつも</b>	4いつも
		程度: 1わずかに	2すこし	3 <b>かなり</b>	4 <b>非常に</b>

**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: )

\* 食品アレルギー なし ・ あり (食品名: )

**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