

かえで通り耳鼻科 問診表

ID _____

ふりがな

名前: _____
〒

生年月日: _____ 年 月 日 (歳)

住所: _____

電話番号: _____ - _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

※マイナ保険証による診療情報取得について同意しますか。 はい・いいえ

1. 今日はどうしましたか？ 発熱(5日以内): [無 有 (_____ °C)], アレルギーの薬が欲しい

○それはいつからですか？

日 前 月 前 年 前 わからない 他 (_____)

2. 現在、治療中または過去にかかった病気はありますか？ [無 有]

3. 服用している薬はありますか？ [無 有]

4. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ [無 有]

5. 女性の方へ

○妊娠: [無 有 (_____ 週相当)] ○授乳: [無 有] ○ピルの内服: [無 有]

6. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

a. 看板をみた b. ホームページ c. 知人の紹介 d. ネット検索 e. その他 (_____)

7. 何かご要望がございましたら、お書きください

ご回答ありがとうございます。診察までしばらくお待ちください。

2024年1月作成

かえで通り耳鼻科 問診表

ID _____

漢方外来をご希望の方はこちらをご記入ください。

8. 生活や体調などのことについておうかがいします。当てはまるものに○をつけてください。

- ・食欲: 良い・普通・良くない
- ・睡眠: 良く眠れる・普通・よく眠れない(途中で起きる、寝つきが悪い)
- ・便秘について
 - () 毎日出る: 1日 回
 - () 便秘傾向: どのくらいの頻度ですか? (日に 1 回)
便秘薬()
 - () 下痢傾向: はい・いいえ はいの場合、1日 回
- ・夜にトイレにおきますか? いいえ・はい (回)
- ・寒がりですか? : はい・いいえ

体のどこに寒さを感じますか? [頭・顔・手・足・腰・上半身・下半身・()]

- ・汗をよくかきますか? : はい・いいえ

体のどこにかきますか? [頭・顔・手・足・脇・背中・()]

- ・体のどこかに痛みがありますか? : はい・いいえ

どこにいたみがありますか? [頭・顔・手・足・腰・上半身・下半身、()]

- ・体のどこかにシビレがありますか? : はい・いいえ

どこにシビレがありますか? ()

- ・体のどこかにムクミがありますか? : はい・いいえ

どこにムクミがありますか? [顔・手・足・下半身()]

- ・天気が悪いと体は不調ですか? : はい・いいえ

- ・乗り物酔いはありますか? : はい・いいえ

- ・立ち眩みはありますか? : はい・いいえ

- ・足がつりやすいですか? : はい・いいえ

9. 女性の方に質問です。該当するものに○をつけてください。

月経について: 不順・順調、塊が混じる

月経前、中の気分変調 [おちこみ、いらいら、()]

月経前中の便秘の変化 [便秘・軟便傾向・変化なし]

月経前、中の変化 [頭痛、肩こり、()]

10. 漢方薬内服の経験はありますか。 [□無 □有]