

# 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 か月前 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

- ・乗り物酔いがありますか? : はい・いいえ

- ・立ち眩みがありますか? : 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]