

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下さい。

i : 看板・近所 ii : 電柱 iii : 知人の紹介 iv : google 検索 v : ネット検索 vi : その他

7. 何かご要望がございましたら、お書きください

漢方外来希望の方は次のページもご記入下さい。

2024年1月作成

かえで通り耳鼻科 問診表

ID _____

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)

・便通について

()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、()]

月経前中の便通の変化 [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]