

問診用紙 1 わかる範囲で記入してください。すべて赤ペンで記入してください。

受診される科を○で囲んでください。

漢方科・鍼灸科

フリガナ	性別	年齢	職業
氏名	男・女	才	
受診した理由			
症状の経過			
ご自身以外の家族状況	父 (才) 健康・病気 (病名)・死亡 (病名) 母 (才) 健康・病気 (病名)・死亡 (病名) 配偶者 (才) 健康・病気 (病名)・死亡 (病名) 兄弟数 (人)		
結婚	未婚 結婚後(年) 別居 離婚(年前) 死別(年前) 子供(人)		
今までにかかった大きな病気	手術：なし・あり 手術名 輸血：なし・あり		
現在通院中の他の診療施設 <small>(病院・医院など)</small> ・ 服用中の薬	施設名： 診療科 科 病名： (年 月より) 施設名： 診療科 科 病名： (年 月より) 診療施設で処方されている薬の名称 服用中の市販薬・サプリメントの名称		
漢方治療について	経験：なし・あり 治療施設・薬局名 治療目的	服用した漢方薬の名称 用いた剤型 (煎じ薬 ・ 粉薬 ・ 丸剤 ・ エキス剤 ・ 錠剤) その他 ()	
鍼灸治療について	経験：なし・あり 治療施設名 治療目的	治療内容 全身治療・局所治療 用いた治療法 (鍼・灸・刺絡・その他)	

当てはまる症状にチェックをつけてください。 記入例： 眠れない

- -

		当てはまる	特にひどい			当てはまる	特にひどい	
睡眠	眠れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	全身症状	汗をかきにくい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	いやな夢を見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		汗をかきやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	日中すぐ眠くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	生あくびが出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		手足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食欲	食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		全身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食欲がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		寝汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	食事がおいしくない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		むくみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
小便	排尿回数	※下記枠内に数字を記入してください。			手足のしびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(1日 <input type="text"/> <input type="text"/> 回位 そのうち夜間就寝中 <input type="text"/> <input type="text"/> 回位)				こむら返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
大便	1日の尿量	・多い	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ふらつく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・少ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神	憂うつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排尿困難		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		不安感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排尿痛		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		パニック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	尿もれ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		もの忘れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全身症状	疲労倦怠感	腕	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	やる気が出ない	<input type="checkbox"/>
		脚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		イライラ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	驚きやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		全身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感情の起伏が激しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	身のおきどころがない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭	頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性欲減退		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭重		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					のぼせ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					乗り物酔い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					目	目が疲れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						充血しやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						クマができやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問診用紙4 わかる範囲で記入してください。すべて **赤ペン** で記入してください。

当てはまる症状にチェックをつけてください。 記入例： 眠れない

- -

		当てはまる	特にひどい			当てはまる	特にひどい	
鼻	くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹	みぞおちの不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	鼻水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胃もたれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		・水っぽい	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ゲップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		・粘っこい	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	吐き気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	鼻水がのどにおりる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	鼻がつまる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
鼻血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			・上腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
耳	耳鳴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			・下腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			・全体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	耳がつまる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		腹が張る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口	口の中が乾く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹が鳴る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	口が苦い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚	乾燥している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	生唾がでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ジクジクしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		かゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	舌が痛む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		しもやけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	口内炎がしやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		爪がもろい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	唇が乾く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		髪が抜ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
のど	のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		月経関連	月経不順	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	のどの違和感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	出血量		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	のどが渇きやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			・多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	声のかすれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			・少ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸	痰が出る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月経前の不調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	呼吸時に音が鳴る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	帯下が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・水様	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・白色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	胸苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・黄色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		・血性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

当てはまる症状にチェックをつけてください。

記入例：眠れない

- -

当てはまる 特にひどい

こり

首	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

痛み

手足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ふるえ

顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

冷え


手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全身	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

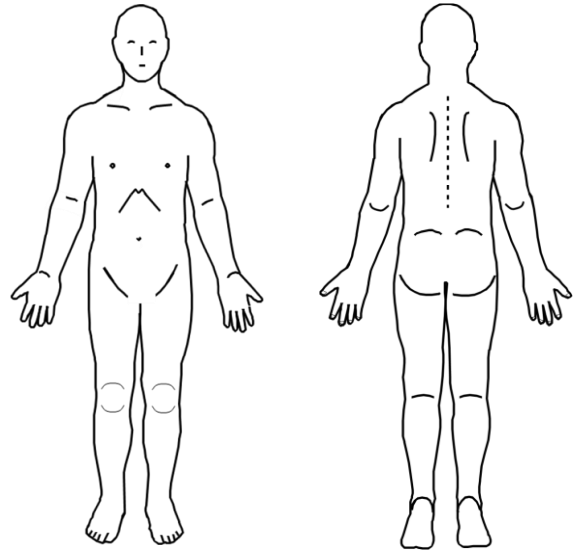
ほてり

顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

関節のはれ

指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

症状のあるところを
下記の図に  で示して下さい。



その他 気になる症状があればお書きください。

宗教、国籍などの事情により治療に際し特別な配慮をご希望の場合は、下にその内容をご記入ください。

当院を選択 した理由 (いくつでも)	知人・家族の紹介（紹介者	）	医師の勧め（紹介医	）
	北里関連施設から：北里大学病院、北里研究所病院、他（	）		
	自宅から近い		勤務先から近い	
	新聞・雑誌・本（名	）	テレビ・ラジオ番組（名	）
	講演会（名	）	インターネット（名	）
	その他（	）		

※ご希望の医師・鍼灸師があればお書きください。 _____

「個人情報保護方針」および「診療に伴い発生する資料及び試料の医学研究への利用について」を一読の上問診用紙をご提出ください。