

診 察 申 込 書				年	月	日
ふりがな					世帯主との続柄	
氏 名					(男・女)	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年令	才
現住所						
電話番号	( )	職 業				
携帯番号	( )					
ここを知られたのは？ <新聞・薬局・知人・友人・家族に聞いて・その他>						
御紹介者のお名前					様	

### 問 診 表 I (診察までに次の各項目についてわかる範囲で記入して下さい。)

- 身長                    cm      体重                    kg
- 今、主にどこの具合が悪いのですか。  
( )
  - いつから、どんな症状がでましたか。  
年                    月頃から  
( )
  - 現在、病気やけがで通院中ですか。  
(はい・いいえ)  
病名と主治医 (または病医院名) を記入して下さい。  
( )
  - 今、通院中の方は、どんな治療を受けていますか。  
( )
  - くすり (注射・のみ薬・ぬり薬など) で発疹が出たり、気分がわるくなったりしたことがありますか。 (はい・いいえ)  
その薬の名に○印をつけて下さい。  
(ピリン (かぜ薬)・ペニシリン・  
その他 (                    ) )
  - 次の病気にかかったことがありますか。  
(ぜん息、結核、高血圧、心臓病、糖尿病、  
肝臓病、腎臓病、血液病、神経症、その他)

- 手術や大けがをしたことがありますか。  
(はい・いいえ)  
病名と主治医 (または病医院名) を記入して下さい。  
( )
- 皮ふがとくに“かぶれ” やすいですか。  
(はい・いいえ)
- 胃がとくに弱いですか。 (はい・いいえ)
- 現在、妊娠中ですか。(成人女性のみ)  
(はい・いいえ)
- 家族でアレルギー体質といわれた人がいますか。 (はい・いいえ)
- 次のことに○印して記入して下さい。

酒	: 飲む(量は1日 合)、飲まない
ビール	: 飲む(量は1日 本)、飲まない
たばこ	: すう(量は1日 本)、すわない
食 欲	: 良 ・ 普通 ・ 不良
便 通	: 1日 回又は 日に1回
睡 眠	: 良 ・ 普通 ・ 不良

- 御希望の科目に○印をつけて下さい。  
(内科、心療内科、はり・きゅう)

次に、うらの項目にも○印をつけて下さい。

問診表Ⅱ (次の各項目にあてはまるものがあれば○印をつけて下さい。)

1. 冷えるたちですか。 (はい・いいえ)  
冷える場合は、どこがよく冷えますか。 手、足、腰、腹
2. 肩がこりますか。 (はい・いいえ)
3. 汗が出やすいですか。 (はい・いいえ)
4. のどがかわいて、お茶や水をよく飲みますか。 (はい・いいえ)
5. 頭がよく痛みますか。 (はい・いいえ)
6. めまいや立ちくらみがよくおこりますか。 (はい・いいえ)
7. 眼が疲れやすいですか。 (はい・いいえ)
8. どうきがしたり、胸が痛むことがありますか。 (はい・いいえ)
9. 体のどこかがムクムクことがありますか。 (はい・いいえ)
10. のぼせやすいですか。 (はい・いいえ)
11. 月経(生理)は順調ですか。(成人女性のみ) (はい・いいえ)
12. 疲れやすいですか。 (はい・いいえ)
13. イライラしやすいですか。 (はい・いいえ)
14. 盗汗(ねあせ)が出ることがありますか。 (はい・いいえ)
15. 耳鳴りがしますか。 (はい・いいえ)
16. 尿が出にくいことがありますか。 (はい・いいえ)
17. 夜、何回トイレに行きますか。 (            回 )

どうもありがとうございました。記入がすみましたら受付にお出し下さい。