



問診表 (その1)

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	男・女	年齢	才
氏名		生年月日	(西暦)	年 月 日	

(1) 最近1年間の体調についてお知らせ下さい。

※ この問診表は、東洋医学的な診断治療を進めていく上で、大切な手がかりとなるものです。些細な傾向で結構ですから、該当するものを7～15項目くらいの範囲内でチェックして下さい。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 湿度が高い日には症状が悪化する | <input type="checkbox"/> 34. 胃がつかえて食事がはいりにくい |
| <input type="checkbox"/> 2. 体がほてりやすい | <input type="checkbox"/> 35. 胃のあたりがポチャポチャする |
| <input type="checkbox"/> 3. 四肢や体が重だるい | <input type="checkbox"/> 36. わき腹がつかえて痛む |
| <input type="checkbox"/> 4. ソクソクとさむけがしやすい | <input type="checkbox"/> 37. よくお腹がシクシク痛む |
| <input type="checkbox"/> 5. クーラーにあたるのがイヤである | <input type="checkbox"/> 38. 腹が張ってガスが出やすい |
| <input type="checkbox"/> 6. 体がこわばる | <input type="checkbox"/> 39. 左下腹部に痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 7. 血管が浮き出ている | <input type="checkbox"/> 40. 内臓などの下垂(胃下垂など)がある |
| <input type="checkbox"/> 8. 重い外傷や大手術をしたことがある | <input type="checkbox"/> 41. 便がコロコロしていて硬い |
| <input type="checkbox"/> 9. 寝つきが悪く、よく夢を見る | <input type="checkbox"/> 42. 尿が黄色くなりやすい |
| <input type="checkbox"/> 10. 明け方に目が覚めてしまう | <input type="checkbox"/> 43. 夜間、尿の回数が多い |
| <input type="checkbox"/> 11. 口臭がある | <input type="checkbox"/> 44. 大便や小便がもれることがある |
| <input type="checkbox"/> 12. 口が苦い | <input type="checkbox"/> 45. 精力減退がある |
| <input type="checkbox"/> 13. 水っぽい鼻水やたんが出やすい | <input type="checkbox"/> 46. 生理の量が少ない |
| <input type="checkbox"/> 14. 鼻水やたんが粘って色がつきやすい | <input type="checkbox"/> 47. 手足がしびれることがある |
| <input type="checkbox"/> 15. 舌にできものができやすい | <input type="checkbox"/> 48. 手のひらや足の裏が赤い |
| <input type="checkbox"/> 16. 唇が白っぽい | <input type="checkbox"/> 49. 関節が痛む |
| <input type="checkbox"/> 17. 生理が不順である | <input type="checkbox"/> 50. 足腰がだるい |
| <input type="checkbox"/> 18. 喉(のど)に何かつかえた気がする | <input type="checkbox"/> 51. 寒がりですぐ足が冷える |
| <input type="checkbox"/> 19. 喉(のど)がはれて痛みやすい | <input type="checkbox"/> 52. よくコムラ返りする |
| <input type="checkbox"/> 20. よく目がかすんだり、疲れたりする | <input type="checkbox"/> 53. 爪の色に赤みがない |
| <input type="checkbox"/> 21. 匂いがあまりわからない | <input type="checkbox"/> 54. 比較的動くのがおっくうである |
| <input type="checkbox"/> 22. 赤ら顔である | <input type="checkbox"/> 55. 活動型だと思う |
| <input type="checkbox"/> 23. 顔色が黒ずんでいる | <input type="checkbox"/> 56. 不安になりやすい |
| <input type="checkbox"/> 24. 顔色が青白い | <input type="checkbox"/> 57. 気を使うと体調が狂いやすい |
| <input type="checkbox"/> 25. 頭が重く感じ、目が疲れやすい | <input type="checkbox"/> 58. 温かいものが好きである |
| <input type="checkbox"/> 26. 脱毛や髪の毛の荒れがある | <input type="checkbox"/> 59. 冷たいものが好きである |
| <input type="checkbox"/> 27. 話し声が小さいと言われる | <input type="checkbox"/> 60. 皮膚につやがない |
| <input type="checkbox"/> 28. 日中によく眠くなる | <input type="checkbox"/> 61. 出産や流産を3回以上している |
| <input type="checkbox"/> 29. 動くとすぐ息切れがする | <input type="checkbox"/> 62. 皮膚の色が黒ずんでいる |
| <input type="checkbox"/> 30. 胸苦しいことがある | <input type="checkbox"/> 63. 皮膚が乾燥している |
| <input type="checkbox"/> 31. 水太りの傾向がある | <input type="checkbox"/> 64. 体がかゆくなることが多い |
| <input type="checkbox"/> 32. 食後、胃がもたれやすい | <input type="checkbox"/> 65. 吹出物がでやすい |
| <input type="checkbox"/> 33. どちらかというが多食である | |

問診表 (その2)

氏名

(2) 現在、一番つらい症状または、ご相談になりたい事を書いて下さい。

(3) 今までにかかった病気の名が判りましたら、その時の年齢とあわせてご記入下さい。
 ない ある →

(4) 入院治療をしたことがありましたら、その時期と病名を書いて下さい。
 ない ある →

(5) 現在、ほかの病院や診療所にかかっておられますか。
 ない ある →

(6) 現在、服用(使用)中のくすりがありますか。
 ない ある →

(7) 食物・くすりなどにアレルギーがありますか。
 ない ある →

(8) 女性の方に伺います。現在、授乳・妊娠されていますか。
 はい いいえ

医師記入欄

以下は記入しないで下さい。

望	実・中・虚	腹壁菲薄 (+ -)	最終弁証
	肥満・筋肉・瘦	腹力強・中・弱	表 寒
	顔色 良・不良	心下堅 (- + ++)	表 熱
	皮膚 乾・湿	心下痞硬 (- + ++)	裏 寒
舌	乾 湿	振水音 (- + ++)	裏 熱
	裂 苔	胸脇苦満 右() 左()	
脈	浮・沈 実・虚	腹直筋緊張 上() 下()	気 虚
	緊・緩 数・遅	正中忒 上() 下()	気 滯
		小 腹 不仁() 拘急()	血 虚
		腹 冷 上() 下()	血 瘀
		腹部悸 上() 傍() 下()	津 虚
		瘀 血 右() 左()	痰 飲

田中醫院