



ココカラハートクリニック(漢方内科)初診問診票

平成 年 月 日記入

フリガナ			
お名前	男・女	生年月日	____年____月____日生 (____歳)
現住所			
ご連絡先	Tel _____ ※必要な場合、当クリニック名でのご連絡を差し上げてもかまいませんか(はい・いいえ)		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでも構いません。

身長_____cm 体重_____kg

○本日受診された主な症状はなんですか

○その症状はいつ頃から続いていますか

○一番お困りの症状をお書きください。

○今までに飲んだ漢方薬。

○当てはまるものには○、特にひどいものには◎で困ってください。

【食欲】 食欲がない ふつう 食欲旺盛

【食事のはやさ】 遅い ふつう 速い

【睡眠】 よい 眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚める・早朝目が覚める) 夢をよくみる

【小便】 1日に()回位、夜間に()回位、1回量が(多・普通・少) 排尿困難 排尿痛
尿漏れ 夜尿症

【大便】 毎日、()日に()

【あたま】 頭痛 頭重 めまい 立ちくらみ 髪がぬけやすい

【目】 視力低下 目が疲れる 目がかすむ 目がしょぼしょぼする 目にクマができる

- 【鼻】 くしゃみ 鼻汁(白・黄) 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血
- 【口腔】 口が苦い 生つばがでる のどが痛む のどがつかえる のどが渇く 口の中が乾燥する
唇が渇く 水分をよくとる
- 【胸部】 咳 痰(白・黄) 喘息 息切れ 動悸 胸痛
- 【腹部】 げっぷ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 腹が張る 腹がゴロゴロなる
ガスがよく出る 食後眠くなる 腹痛(空腹時・食後・上腹部・下腹部)
- 【手足】 手がこわばる 足に力が入らない 足がふらつく しもやけができる
- 【精神状態】 気分が憂うつになる もの忘れをする イライラする
- 【皮膚】 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ にきび しみ じんましん いぼ 水虫 爪がもろい
- 【その他】 疲れやすい 汗をかきやすい 寝汗 のぼせ 暑がり 性欲の減退 インポテンツ

こる：首 肩 背中 腰 その他()

痛む：顔 手() 足() 肩() 膝() その他()

しびれる：顔 手() 足() その他()

ふるえる：顔 手() 足() その他()

冷える：手() 足() 腰 全身 その他()

ほてる：顔 手() 足() その他()

むくむ：顔 手() 足() その他()

○その他今までにかかった病気を教えてください

▲ 病名は？ _____

▲ いつ、その病気がわかりましたか？ (昭和 ・ 平成 _____ 年頃)
_____ (病院・クリニック)

▲ 今までにどのような治療を受けて来られましたか？

▲ 現在も病院で治療中ですか？ (はい いいえ)

○血縁のご家族で心療内科・精神科・神経内科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり(ご関係： _____、病名： _____)

○好きな食べ物・嗜好品について

▲好きな飲食物 (○つけてください)

甘いもの 塩辛いもの 辛いもの すっぱいもの 脂っこいもの 冷たいもの 温かいもの 卵 乳製品
肉 魚(焼・煮・刺身) 野菜(生・温) 海藻 菓子類(和菓子・洋菓子・スナック菓子・チョコレート)

▲ お酒 毎日飲む ・ 全く飲まない ・ 機会があれば飲む
1日に (ビール 日本酒 ウイスキー 焼酎)
をどれくらい (_____)

- ▲ たばこ 吸わない ・ 吸う (1日に_____本を_____年)
 以前吸っていた (1日_____本、_____歳から_____歳まで)

▲シンナー、覚せい剤、大麻、LSD・MDMAなどの使用歴 なし ある

○アレルギーについて

- ▲ 今までに薬を飲んで、蕁麻疹が出たり、アレルギーを起こした事がありますか？
 ない
 ある ⇒何の薬で (_____)
- ▲ アレルギー性の病気がありますか？
 いいえ
 はい ⇒喘息、花粉症、食物アレルギーなど (_____)
- ▲ 今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか
いいえ ・ はい⇒薬品名 (_____)

○治療薬のご希望はありますか？

西洋薬のみ 漢方薬のみ 西洋薬と漢方薬の両方 医師にお任せする

○当院では病状に応じてカウンセリング、統合医療(鍼灸、点滴等)、をお勧めする場合があります。(自費診療)

カウンセリングは希望しない 統合医療(鍼灸等)は希望しない 医師にお任せする。

当院をどこでどのようにして、お知りになりましたか。

- A. チラシを見て ※どこのチラシを見られたかをご記入ください。
 a 健診チラシ b 配布ティッシュのチラシ c その他 (_____)
- B. 看板・案内板を見て ※どこの看板・案内板を見られたかをご記入ください。
 a 当ビルの看板 b セントラルパーク内のショーウィンドウ
- C. 家族、友人、知人から聞いて
- D. インターネットのホームページから検索して
- E. 他の医療機関、治療所(鍼灸院、マッサージ院など)、薬局からの紹介で
- F. その他 (_____)

◎当院では病状の確認のため初診後、おおよそ1週間以内に患者様に症状の確認電話をさせて頂くとりくみをしています。(フォローコール)
上記で記入されたTEL番号に連絡させていただきます。

通話できない時間帯があればご記入下さい。(AM・PM_____時～AM・PM_____時)

フォローコールを希望されない場合はこちらにチェック下さい。