

【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 目がクマができる
 【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 ものを忘れる 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 (_____)