漢方科初診時問診票

年 月 日 記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  |   | 生年月日　性別  | 西暦　　　　年 月 日生（　　　　　　 ）歳  🔳男性　　　🔳女性 |
| お名前  |   |
| 住所  | 〒 　　―  | 身長　　　　㎝、体重　　　㎏　 職業　　　 |
| 電話番号 メールアドレス | （ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅　（ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅 　　 　　　　　　 　＠　　 　　　　　　 　　 |

1. お困りのことや受診された理由をお知らせ下さい。

また、その症状はいつ頃からですか？

　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　頃より

1. 現在、もしくは今まで、身体のご病気はありますか？

🔳なし 　🔳あり（病名：  　　 　　 、 　　 　 、 　 　　　 ）

現在内服中のお薬はありますか？ また、以前服用していた漢方薬はありますか？

🔳なし 　🔳あり・薬剤名 　　　　　　　　　 　（お薬手帳をご提示頂ければ、記入は省略可です。）

1. これまで、漢方治療施設を受診したことはありますか？

 🔳ない 🔳ある →　　　　　　年　　　　月　　　　　　　クリニック、薬局名

1. ご家族についてお知らせください。

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 ）

兄弟姉妹　健康・病気（病名 　　 ）・死亡（病名 　　　 ）

子（ 　　才 ） 健康・病気（病名 　　　 ）・死亡（病名 　　 ）

1. 薬や食物等が原因で、発疹などのアレルギーや副作用が出たことはありますか？

🔳なし 　🔳あり（症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

原因であてはまるものをチェックして下さい。

🔳シナモン 🔳卵　🔳エビ カニ 🔳ヤマイモ 🔳ゴマ 🔳小麦 🔳そば 🔳ゼラチン 🔳花粉（具体名 ）

🔳金属（具体名 ）🔳化学物質（具体名 　　 ） 🔳ハウスダスト 🔳ダニ 　🔳寒冷 　🔳洗剤

🔳薬剤（具体名 　　 ）

1. 嗜好について お知らせください。

飲酒 🔳飲まない 🔳機会があれば飲む 🔳ほぼ毎日飲む（１日あたり を mlくらい）

 喫煙 🔳吸わない 🔳吸う（１日あたり＿＿本くらい）

 喫茶：🔳コーヒー 🔳紅茶 🔳日本茶 🔳その他

1. （女性の方のみ）現在妊娠中または授乳中ですか？

🔳 どちらでもない　　🔳妊娠中　　　　　 🔳授乳中

また、月経の状態をお知らせください。 🔳 規則的　　　🔳不規則　　　　　　 🔳閉経

以下の質問にもご記入お願いいたします。

ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療以外に利用することはありません。

Ikeda Clinic



