

えみクリニック

東洋医学問診表

年 月 日

氏名 (フリガナ)			
性別		年齢	
婚姻	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	職種	
住所 (フリガナ)	〒 -		
自宅電話		携帯電話	
・ 主な症状 :			
いつ頃から			
・ 現在、治療中の病気はありますか、また、内服中の薬はありますか 病名 () 薬の名前 ()			
・ 今までに以下の病気と診断されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 特異体質			
・ 睡眠時間 時間			
・ 嗜好について <input type="checkbox"/> タバコを吸う () / 日 <input type="checkbox"/> お酒を飲む () / 日 種類 ()			
・ 好物 <input type="checkbox"/> 揚げ物 <input type="checkbox"/> 辛い物 <input type="checkbox"/> ケーキ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 麺類 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他 ()			
・ 月経について 初潮は何歳頃ですか () 歳 生理痛はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 生理周期は () 日くらい 閉経はいつ頃から () 歳くらい 更年期の症状はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 どんな症状ですか ()			
・ ご来院のきっかけは？ <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> その他 ()			

えみクリニック

・当てはまる項目を☑してください。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ニキビが出やすい | <input type="checkbox"/> 足腰や下腹部が冷たい |
| <input type="checkbox"/> 冷たいものを好む | <input type="checkbox"/> 小便が近い |
| <input type="checkbox"/> 揚げ物、甘いもの、乳性品などを好む | <input type="checkbox"/> お腹が張って痛い |
| <input type="checkbox"/> お酒をたくさん飲む | <input type="checkbox"/> 耳鳴りがある |
| <input type="checkbox"/> 辛い物を好む | <input type="checkbox"/> よく夢をみる |
| <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ | <input type="checkbox"/> ときどき耳が聞こえない |
| <input type="checkbox"/> 食欲旺盛 | <input type="checkbox"/> 胸がつかえる |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> わき腹が張る |
| <input type="checkbox"/> 頭が重い | <input type="checkbox"/> ため息が出る |
| <input type="checkbox"/> 眠気が常にある | <input type="checkbox"/> イライラ感がある |
| <input type="checkbox"/> 食欲があまりない | <input type="checkbox"/> くよくよし、よく落ち込む |
| <input type="checkbox"/> 食べる量が少ない | <input type="checkbox"/> 昼間眠くなる |
| <input type="checkbox"/> 夜型で朝起きるのが辛い | <input type="checkbox"/> 足腰がだるい |
| <input type="checkbox"/> 疲労倦怠感が取れない | <input type="checkbox"/> めまいがする |
| <input type="checkbox"/> 下痢気味 | <input type="checkbox"/> 忘れっぽい |
| <input type="checkbox"/> 水分をよく取る | <input type="checkbox"/> 喉が乾く |
| <input type="checkbox"/> 咳や痰がよく出る | <input type="checkbox"/> 手足がほてって眠れない |
| <input type="checkbox"/> お腹が張る | <input type="checkbox"/> 汗をよくかく |
| <input type="checkbox"/> オナラやゲップがよく出る | <input type="checkbox"/> 目がかすむ |
| <input type="checkbox"/> 顔や足が浮腫む | <input type="checkbox"/> 怒りっぽい |
| <input type="checkbox"/> 顔色が黄色や白色っぽい | <input type="checkbox"/> 頭痛がある |
| <input type="checkbox"/> 無気力で人と話すのが億劫だ | <input type="checkbox"/> 顔が赤くなりやすい |

痛みの部位：

- 頸部
- 頭痛
- 背中
- 腰
- 膝
- 足首
- その他：

治療希望：

- 漢方
- 鍼灸