幸福堂　行　FAX 06-6195-1969　　年　月　日
（返信用）

質　問　票

フリガナ
氏名：　　生年月日：西暦　　年　月　日生（　）歳

＜病気について＞

■ 病名

■ 発病時期

■ 現在の状況および症状（腫瘍の大きさ等）

■ 発病からの経過

■ 現在（まで）の治療内容　（実施していない場合は「なし」と記載ください。）

・手術　：　年　月頃（実施済み・実施中・実施予定）術式：

・化学治療　：　年　月頃（実施済み・実施中・実施予定）使用抗がん剤：

・放射線治療：　年　月頃（実施済み・実施中・実施予定）

・その他　：

■ 使用している薬（上記以外で）

■ 既往歴（いままでにかかった主な病気や手術とその時期）

■ 身長・体重　身長　cm　体重　kg

■ 生活習慣について

・喫煙　本/　日（吸わない場合は無記入）以前吸っていた場合　本/　日を　年間

・ｱﾙｺｰﾙ類　弱い　どちらともいえない　強い　分からない

＊飲む回数（　ほとんど飲まない　1～２回/週　３～５回/週　ほぼ毎日 ）

・運動　ほとんどしない　1～２回/週　３～５回/週　ほぼ毎日

＊運動をされる方　種類：＿＿＿＿時間：　30 分以内　30 分～60 分　60 分以上

・歩行量（歩数）30 分以内　30 分～60 分　60 分以上　(1 日に歩く歩数)　＿＿＿＿歩

・睡眠時間　6 時間以内　6～8 時間　8 時間以上

幸福堂　行　FAX 06-6195-1969　　年　月　日
（返信用）

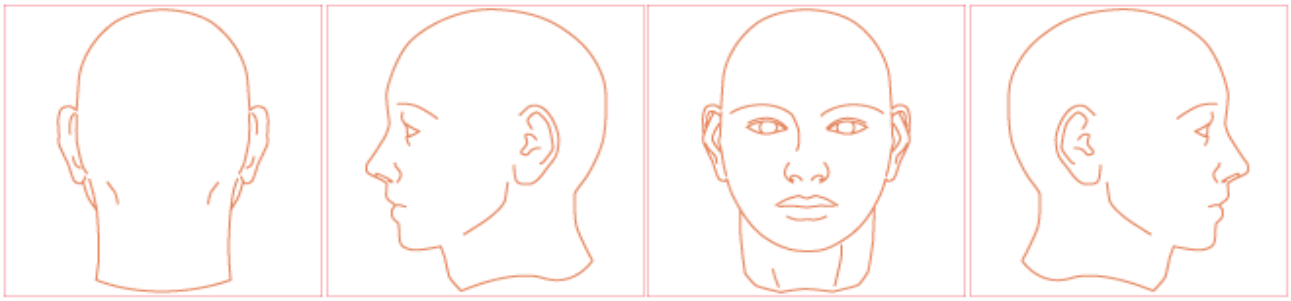
氏名

〈最近の身体の症状は？〉

※　普段、継続的に発生する症状について特にお答えください。

● 頭痛がありますか？　　はい　いいえ

● 部位を下図に記入ください。



背面　左側　正面　右側

● どの様な痛みですか？（当てはまるものにチェックしてください）

□ 後頭部を中心に頭全体が**締め付けられる様な**重い痛み　□ 肩や首のこりを伴う
□ 毎日の様に朝から晩まで**一定の鈍い痛み**が続く　□ 軽い眩暈を伴う
□ パソコンを使った後に痛む　□ 温めると楽になる
□ **ズキンズキンと波打つ様な強い痛み**　□ 月に１～２回起こる
□ 頭痛が起きる前にチカチカした光が見える　□ 身体を動かすと響く
□ **目をえぐられる様な痛み**　□ 痛みが現れるのは１～２時間
□ 1～2ヶ月の間、毎日痛みがある

● 頭痛とは別に眩暈がありますか？　　はい　いいえ
● 眼がかすみますか？　　はい　いいえ
● 耳鳴りはありますか？　　はい　いいえ
● のどが痛みますか？　　はい　いいえ
● 口が渇きやすいですか？　　はい　いいえ
● 口に苦味がありますか？　　はい　いいえ
● 吐血がありますか？　　はい　いいえ
● 喀血がありますか？　　はい　いいえ
● 唇の色は？　　白っぽい　赤っぽい　赤紫っぽい
● 咳が出ますか？　　はい（　常時　時々　）いいえ
● 痰がでますか？　　はい　いいえ
● 痰の色は何色ですか？　　白（白っぽい）　黄（黄緑っぽい）
● 発熱がありますか？　　はい　いいえ
● 寒気がありますか？　　はい　いいえ
● 息切れ、息苦しいことがありますか？　　はい　いいえ
● 顔色はどうですか？　　赤っぽい　普通　青白い　黒い
● 手足がしびれることがありますか？　　はい（　常時　時々　）　いいえ

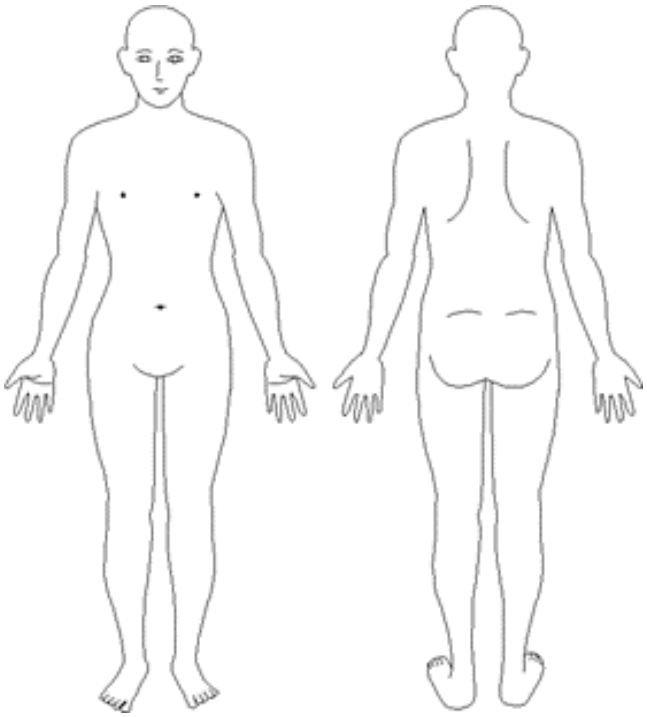
Copyright (C) 200 7　KOUFUKU, INC. All rights reserved　不許複製

幸福堂　行　FAX 06-6195-1969　　年　月　日

（返信用）

氏名

- 排泄（大便）は？　快便　便秘　下痢気味
- 大便の色は？　茶色　黒っぽい　赤っぽい
- 夜間の排尿回数は？　増えた　減った（一日　回ほど）
- 小便の色は？　黄色　無色　赤色
- 排尿時痛みを感じますか？　はい　いいえ
- 動悸しますか？　はい　いいえ
- 気分が悪いですか？　はい　いいえ
- 吐き気がありますか？　はい　いいえ
- 身体が張っていますか？　はい　いいえ
- 汗をかきやすいですか？　はい　いいえ
- 寝汗がありますか？　はい　いいえ
- 手足がむくみやすいですか？　はい　いいえ
- 顔がむくみやすいですか？　はい　いいえ
- 胸水がありますか？　はい　いいえ
- 腹水がありますか？　はい　いいえ
- 身体はだるいですか？　はい　いいえ
- 疲労感がありますか？　はい　いいえ
- 脱力感がありますか？　はい　いいえ
- 食欲はありますか？　はい　いいえ
- よく眠れますか？　はい　いいえ
- 胸が痛みますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 胃痛がありますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 腹部に痛みがありますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 腰や背中に痛がありますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 関節が痛みますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 骨が痛みますか？　はい　いいえ　※痛む箇所を人体図に記入ください。
- 皮膚表面の症状やアレルギーの部位などがあれば人体図にその場所を記入ください。



不具合な症状や改善して欲しいところ、その他何か聞きたいこと等をお書きください。

□処方薬を希望（訪中出来る方/中医相談時のみ）□中成薬の紹介を希望（メール相談の方）

□中医学的な見解だけ希望（メール相談）□中医健診のみ希望（中医相談）

連絡先をご記入ください。

住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿

Copyright (C) 200 7　KOUFUKU, INC. All rights reserved　不許複製