

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（腫瘍や患部の大きさ等）

■ 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

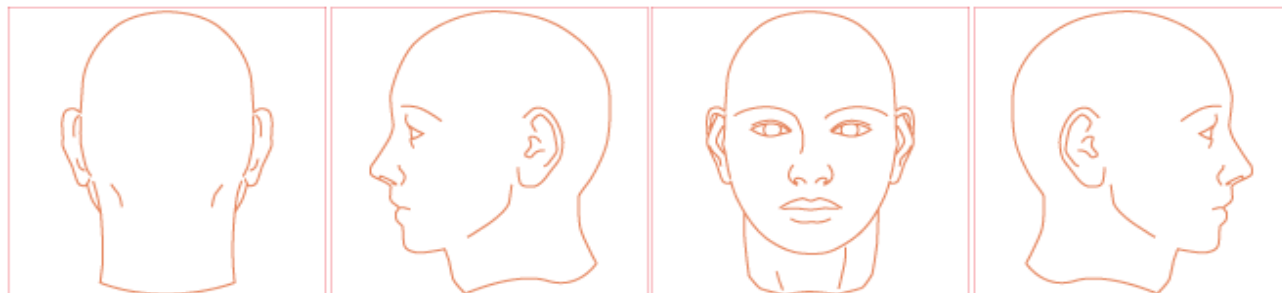
・睡眠時間 6時間以内 6～8時間 8時間以上



〈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

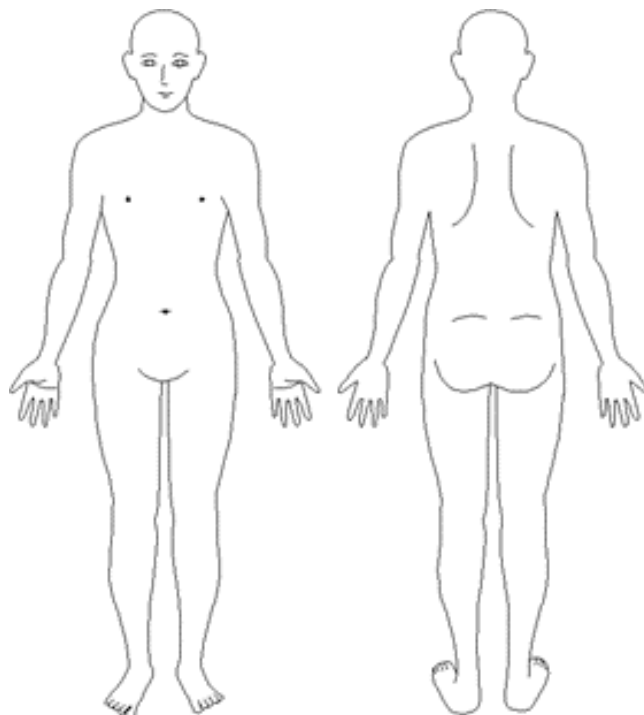
左側

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
- 眼がかすみませんか? はい いいえ
- 耳鳴りはありますか? はい いいえ
- のどが痛みませんか? 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

- | | | | |
|--|-----|------|-------------------|
| ● 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。 |
| ● 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。

- 中医処方薬を希望 相談してから処方薬を判断・手配希望
 中医学的な見解だけ希望（漢方アドバイスのみ）

連絡先をご記入ください。

住 所 : _____

電話番号 : _____ メールアドレス : _____ @ _____