

【注意】

印刷していただき、以下の各項目をご記入下さい。・・・全部で3ページあります

★は<必須>項目ですので必ずご記入下さい。

ご記入いただけましたら、当店へお送り下さい。お急ぎの場合はFAXでも構いませんが、後日必ずこの問診表を郵送してください。

問診表

この問診表は、患者さんの状態や体質を把握するための重要なデータとなります。ご記入いただいた情報が他に漏れることはございません。安心してお答え下さい。

ご記入いただくに当たって、症状はできるだけ詳しく(左右などの場所)お書き下さい。また検査結果や不妊症の方でしたら基礎体温表といったものも一緒に送っていただけますと、お薬を考えていく上でも非常に助かります。治療の案内が出来次第、ご連絡いたします。(正しくご記入いただけないと、より正確なご提案ができません)

★ふりがな :

★お名前 :

ココは必ず相談
ご本人様ご自身
でご記入下さい。

★性別 男性 ・ 女性 兄弟: 男・女 (例;長女)

★郵便番号 〒 ー

★都道府県 都・道・府・県

★住所

建物名・部屋番号

★電話番号

FAX番号

日中連絡先(携帯番号等)

メールアドレス

★生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

★身長/体重 cm/ kg

ご連絡方法 メール ・ 電話 ・ FAX ・ 郵便(必須) <複数選択>

お薬の希望形状 煎じ薬 粉・カプセル どちらでも

症状についてお尋ねします。

○診断名または病名（医師から診断をされている方は☑をしてください・・・□）

※病気の診断時期、又は発症時期 年 月ごろ

○主訴（現在の病状、治したい症状について詳しくお書き下さい・・・左右や場所なども具体的に）

○治療歴（症状が出始めた時期や症状の変化、治療の内容について）

○服用薬・健康食品を飲んでいる方はお書き下さい。

○既往歴

○副作用・アレルギー歴

○血圧 最高：_____ mmHg 、 最低：_____ mmHg

以下、当てはまる□に☑を入れてください。（複数該当される方は複数選択可能です）

顔色	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 血色が悪い	
冷え・のぼせ	<input type="checkbox"/> 冷え症	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> 普通	
冷える箇所	<input type="checkbox"/> 足のみ	<input type="checkbox"/> 手のみ	<input type="checkbox"/> 身体全体	<input type="checkbox"/> なし
口渇	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
水分の摂取量	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	
発汗	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	
寝汗	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
小便	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	
小便色	<input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> やや濃い	<input type="checkbox"/> 無色	

食欲	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない
胃症状	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 胸焼け	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> ない
便通	<input type="checkbox"/> 硬い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 時々、下痢または軟便 <input type="checkbox"/> 軟便が多い <input type="checkbox"/> 下痢が多い
便秘薬	<input type="checkbox"/> よく服用する	<input type="checkbox"/> 時々服用する	<input type="checkbox"/> 使わない
睡眠	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 一度目が覚めると眠れない	<input type="checkbox"/> 普通
睡眠薬・安定剤	<input type="checkbox"/> よく服用する	<input type="checkbox"/> 時々服用する	<input type="checkbox"/> 使わない
動悸	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 時々する	<input type="checkbox"/> しない
アルコールの摂取	<input type="checkbox"/> 1週間に3日以上	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に3日	<input type="checkbox"/> しない

以下は該当する方のみお答え下さい。

<痔の相談の方>

痔からの出血 なし わずかにティッシュにつく程度 便器にぽたぽた落ちる

痔の痛み 激痛 ある なし

痔の膿汁 ある なし

痔の熱感 ある なし

突出物 ある なし

<めまい・耳の相談の方>

めまいの種類 回転性の眩暈 立ちくらみ・頭を上げるとふらつく 歩くとフワフワ

耳鳴りの音は 高い音 低い音 で いつも聞こえる 時々聞こえる

耳鳴りの耳 右耳 左耳 両耳

耳閉感 ある ない (耳が詰まった感じのこと)

難聴の状態 高音が聞こえない(にくい) 低音が聞こえない(にくい) 混合

難聴の耳 右耳 左耳 両耳

<女性の方はお答え下さい> 病気が瘀血と関わりがある場合、たいへん重要ですのでお答え下さい。

生理周期 順調 不順 ない _____ 日周期

生理痛 (鎮痛剤を使うほど) 痛い あり ない

生理期間 _____ 日

<備考> その他、連絡事項や紹介者がありましたら、お書き下さい。

【返送先】

911-0804
福井県勝山市元町1-3-4
大滝漢方堂

FAX番号
0779-64-5257
※電話中はFAXがつながりません。