

## 証クリニック 問診表(表)

記入日 \_\_\_\_\_

※以下は診療に必要な事柄です。ご協力ください。  
なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

フリガナ				
氏名	年齢( )歳	身長( )cm	体重( )kg	職業( )
住所 <sup>〒</sup>				
※保険証に住所の記載がない方のみ、ご記入ください。				
自宅電話番号		携帯電話番号		
※緊急の連絡がある場合に、利用させていただきます。よろしければご記入ください。				

一番治したいこと

いつから始まりどのような状態ですか

家族の状況

父 ( )歳 健康・病気(病名: )・死亡(病名: )

母 ( )歳 健康・病気(病名: )・死亡(病名: )

配偶者 ( )歳 健康・病気(病名: )・死亡(病名: )

兄弟の数 ( )人

結婚 未婚 結婚後( )年 別居 離婚 死別 子供( )人

今までに罹った大きな病気

手術: ない・ある(病名: ) 入院: ない・ある(病名: )

輸血: ない・ある 通院: ない・ある(病名: )

アレルギー(疾患・喘息・鼻炎・皮膚炎・その他)

薬: 食べ物:

現在、他の病院に通院している方に

病院名: 現在服用中の薬の名称:

診療科:

いつから:

診断名:

今までに服用した漢方薬

ない 漢方薬の名称:

ある(病院・薬局名): 煎じ薬:

粉薬・錠剤:

漢方薬は煎じ薬・エキス剤のどちらを希望しますか 煎じ薬 エキス剤 相談の上で決めたい

月経の状況(女性のみ)

初経( )歳 閉経( )歳 最終月経( )月 ( )日 妊娠の可能性(なし・あり)

順・不順 月経周期( )日 出血期間( )日 出血量(多・普通・少)

月経痛( ~ 日目) 鎮痛剤を使用しているならその名称( )

排卵痛 月経前の違和感・疼痛 帯下 分娩( )回 自然流産( )回 人工流産( )回

