

氏 名		性 別	年 齢	身長	体重
		男・女	才	cm	kg
一番なおしたいこと					
いつから始まりどのような状態ですか？					
家族の状況	父 ( )才	健康・病気(病名 )	・死亡(病名 )		
	母 ( )才	健康・病気(病名 )	・死亡(病名 )		
	配偶者( )才	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( )年前	死別( )年前 子供( )人
今までにかかった大きな病気				手術：なし・あり	
				手術名	
				輸血：なし・あり	
現在、当院以外の医療機関(病院・医院)へ通院している方	施設名①：	診療科	科	その医療機関で処方されている薬の名称	
	病名：	( 年 月より)			
	施設名②：	診療科	科	その他、服用中の市販薬・サプリメントの名称など	
	病名：	( 年 月より)			
当院を選択した理由に○(いくつでも)	●知人・家族の紹介(紹介医 ) ●医師の紹介(紹介医 ) ●親仁会関連施設から紹介( ) ●自宅から近い ●勤務先から近い ●広告で見た その他( )				

漢方外来 初診時間診用紙2 わかる範囲で記入してください。

漢方治療について		経験：なし・あり 治療施設・薬局名  その時の治療目的	服用した漢方薬の名称または番号  剤型(煎じ薬・粉薬・丸剤・エキス剤・錠剤・他 )
アレルギー	薬物	なし・あり 薬品名 ( )	
	食物	なし・あり シナモン 卵 エビ カニ ヤマイモ ゴマ 小麦 そば ゼラチン その他 ( )	
	その他	なし・あり 花粉(具体名 ) ハウスダスト ダニ 寒冷 洗剤 植物 その他 ( )	
食生活(規則的・不規則) 間食(する・しない) 夜食(する・しない)			
食習慣	好きな飲食物	甘いもの しよっぱいもの 辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの 肉(牛・豚・鳥) 魚(焼・煮・刺身) 野菜(生・温) 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料 その他 ( )	
	苦手な飲食物	シナモン さんしょう セロリ ショウガ ヤマイモ ゴマ その他 ( )	
	嗜好品	飲酒：全く飲まない 以前は飲んでいたがやめた つきあい程度に飲む 習慣的に飲む [ ビール 日本酒 焼酎 ウイスキー その他 ( ) ] ↓ 1日に ( ) 合相当を、週に ( ) 日 喫煙：吸わない 以前吸っていた：( ) 才から ( ) 才まで 現在吸っている：( ) 才から1日 ( ) 本を ( ) 年間 喫茶：[ コーヒー 紅茶 日本茶 その他 ( ) ]を1日 ( ) 杯	
運動習慣	ほぼ毎日運動する ときどき運動する ほとんどしない まったくしない		
月経の状況	初経 ( ) 才 最終月経 ( 月 日～) 妊娠の可能性：(なし・あり) 閉経 ( ) 才 月経周期 ( 日周期) 出血期間 ( ) 日間 鎮痛剤やピルの使用：(なし・あり) その名称 ( ) 分娩 ( ) 回 自然流産 ( ) 回 人工流産 ( ) 回 不妊治療(なし・あり)		

医療法人親仁会 米の山病院

**漢方外来 初診時間診用紙 3** わかる範囲で記入してください。

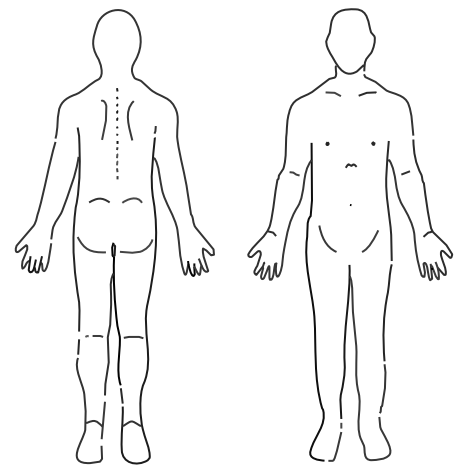
当てはまる症状に○（特にひどい場合は◎）をつけ、必要事項を記入してください。

「はっきりしない」場合や「どちらかといえば当てはまる」という場合は△をつけてください。

食欲	よい ふつう 食欲がないが食べられる 食欲がなくて食べられない
睡眠	よい 眠れない（寝つきが悪い・途中で目が覚める） 夢をよく見る
小便	1日に（ ）回位 夜間に（ ）回位 1回の量が 多い・普通・少ない 排尿困難 排尿痛 尿がもれる
大便	（ ）日に（ ）回 硬い 普通 軟い 下痢 出にくい 痔がある 下剤を服用しているならその名称（ ）

疲れやすい 気分が憂鬱になる もの忘れをする イライラする 汗をかきやすい 寝汗をかく  
頭痛 頭重 頭鳴 耳鳴 難聴 めまい のぼせる 立ちくらみ  
視力低下 目が疲れる 目がかすむ 目がショボショボする 目のクマができやすい  
くしゃみ 鼻汁 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血が出やすい  
のどが痛む のどがつかえる のどが渇く 水分をよくとる 口の中が乾燥する 唇が乾く  
咳 痰 喘鳴 息切れ 動悸 胸痛  
口が苦い 生唾がでる ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 乗り物酔い  
腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスがよく出る 性欲の減退  
爪がもろい 髪が抜けやすい 皮膚がかサカサする 皮膚のかゆみ しもやけができる  
足に力が入らない 足がふらつく 手がこわばる

- こる (首 肩 背中 腰 その他 )
- 痛む (手 足 肩 膝 腰 その他 )
- しびれる (手 足 その他 )
- 冷える (手 足 腰 全身 その他 )
- ほてる (顔 手 足 その他 )
- むくむ (顔 手 足 その他 )



症状のあるところを  
上記の図に で示して下さい。

その他気になる症状があればお書きください