

No. _____

川端医院 問診票

日付 年 月 日

v4.9W (2021/1/16)

ふりがな

お名前 _____ 男女 _____ 才 電話番号 _____

保険証返却 , _____

緊急時等連絡相手, その連絡先 _____

職業 _____

住所 〒 _____

家族構成 _____

身長; _____ cm、体重; _____ Kg、妊娠 _____ 週)、授乳

禁忌等; (_____)

アレルギー _____ 無、他 _____

どうされましたか? 内科的問題?、外科的?、皮膚科?、リンパ浮腫、他?

有る症状にチェックしてください

全身症状; 無 有 _____ 頃から

1 食欲低下; 無 有 _____ 頃から、2 熱; 無 有 _____ °C、3 だるさ; 無 有 _____ 頃から

4 頭痛; 無 有 _____ 頃から、5 ふしぶしの痛み; 無 有 _____ 頃から

6 筋肉痛; 無 有 _____ 頃から、7 体重減少傾向; 無 有 _____ 頃から

上気道症状 無 有 _____ 頃から

8 味覚異常; 無 有 _____ 頃から、9 嗅覚異常; 無 有 _____ 頃から

10 のどの痛み; 無 有 _____ 頃から、11 咳; 無 有 _____ 頃から

12 乾性咳; 無 有 _____ 頃から、13 喀痰; 無 有 _____ 頃から

14 鼻汁; 無 有 _____ 頃から、15 くしゃみ; 無 有 _____ 頃から、16 鼻閉; 無 有 _____ 頃から

消化器症状 _____ 頃から

15 腹痛; 無 有 _____ 頃から (ときどき、波のよう、持続的)

16 嘔気; 無 有 _____ 頃から、17 嘔吐;; 無 有 _____ 頃から

18 便異常; 無 有 _____ 頃から (便秘、うさぎの糞様、軟便、下痢、黒褐色、血便、白色)

常用薬; 無 有 _____、**薬剤型の好み等**; 無 有 _____

過去の健康上の問題; 無 有 _____

(手術、入院、輸血、他 _____)

海外渡航歴; 無 有 _____

現在治療中の病気; 無 有 _____

習慣: 喫煙; 無 有 (_____ 本/日 _____ 年間)、禁煙; 無 有 (_____ 年前)

飲酒; 無 有 _____、動物との接触など; 無 有 _____

家族の健康上の問題; 無 有 _____

日頃の体質 (漢方) 1 多汗; 無 有 _____、2 のどの不快; 無 有 _____、3 冷え; 無 有 _____

4 めまい; 無 有 _____、5 便の異常; 無 有 _____ (便秘気味、下痢気味、他 _____)