



らいむらクリニック 問診票（一般）

記入日： 年 月 日

以下は診療に必要な事柄ですので、ご協力ください。
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。
なお、いただいた連絡先は、緊急の連絡がある場合などに利用させていただきます。

フリガナ

お名前

ご住所

自宅電話番号

携帯電話番号

ご職業

生年月日（年齢） T・S・H 年 月 日（歳）

一番お困りの事

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 予供（ ）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（病名： ） 通院： ない ・ ある（病名： ）

アレルギー 無 ・ 有（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：（ ） 診療科：（ ）
診断名：（ ） いつから：（ ）
現在服用中の薬の名称：（ ）

嗜好品

酒： 日本酒 ビール ウィスキー その他（ ） 量（ ） 週に（ ）回
煙草： 吸わない 吸っていたことがある（ 歳～ 歳） 吸っている（ 歳～）…（ ）本／日
飲物： コーヒー 紅茶 日本茶 その他（ ） 1日（ ）杯

当院受診の理由（いくつでも）

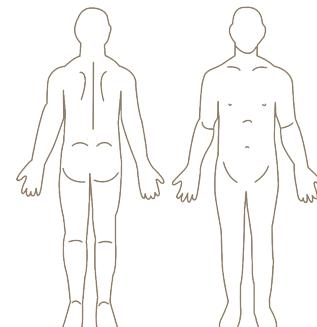
自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介（紹介者： ） 医師の勧め（ ）
新聞・雑誌・本で見て（名称： ） インターネット その他（ ）

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）

あてはまるものにチェックを入れてください

- 寒 ゾクゾクと寒気がしやすい クーラーにあたるのが嫌だ 温かいものが好きである
- 熱 体がほてりやすい（のぼせる） 口臭がある 胸やけする 尿が黄色くなりやすい 冷たいものが好きだ
- 表 よく汗をかきやすい 風邪を引きやすい
- 裏 よくお腹がシクシク痛む 便がコロコロして硬い 便秘傾向にある 下痢しやすい、又は軟便傾向にある
- 気 疲れやすく持続力がない 気分が憂鬱になる 昼間に眠くなる 話声が小さいといわれる
 何をするにも消極的になった 気を使うと体調が狂いやすい 喉がつかえた感じがする
- 血 皮膚にシミが出来やすい（目のくまができるやすい） 重い外傷や大手術をしたことがある 生理不順である
 髪の毛がばさつきやすい、抜けやすい 下腹部に痛みがある 生理量が少ない、または多い
 皮膚が乾燥しカサカサする 出産や流産をしたことがある 皮下出血しやすい 爪の色に赤みがない
 吹き出物や痒みが出やすい
- 水 天候が悪い日は症状が悪化する 鼻水や痰がでやすい 顔や手足がむくみやすい 立ちくらみしやすい
 水太りの傾向がある のどがよく乾く、水分をよくとる
- 肝 目がかすんで、疲れやすい 脳膜がつかえて痛む 怒りっぽくなつた（イライラする） 肩がこりやすい
 よくこむら返りする 不安になりやすい
- 心 舌に口内炎ができるやすい 悲しい気分になる ハイでウキウキした気分になる 熟睡できない
- 脾 食欲がない 胃がもたれやすい 四肢が重くだるい 腹が張ってガスが出やすい
- 肺 においがあまりわからない 動くとすぐ息切れする 声がかされる 粘った鼻水や痰がでやすい
- 腎 夜間、尿の回数が多い 精力減退がある 足腰がだるい 手足が冷える
- 他 物忘れをする 耳鳴り、難聴 寝付きが悪く、よく夢を見る 体が重いと感じる
 明け方に目がさめてしまう 午前中が調子が悪い 午後から夕方に調子が悪い よくためいきをつく
 よくあくびができる 胸苦しいことがある

- こる : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- 痛む : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- しびれる : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- ふるえる : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- 冷える : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- ほてる : 首・肩・背中・腰・その他 ()
- むくむ : 首・肩・背中・腰・その他 ()



上記以外に気になることがあればお書きください。

※ 上記の図で症状のあるところを斜線で示してください。

よく食べる飲食物

甘いもの 塩辛いもの 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） 海藻 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料

今までに服用した漢方薬

ない ・ ある（病院名： ） 薬局名： ）
漢方薬の名称（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

月経の状況をもう少し詳しくお聞かせ下さい（女性のみ）

順 ・ 不順 月経周期（ ）日 出血期間（ ）日 出血量（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）
月経痛（ ～ 日目） 鎮痛剤を使用している場合はその名称（ ）
排卵痛 月経前の違和感・疼痛 带下 分娩（ ）回 自然流産（ ）回 人工流産（ ）回