

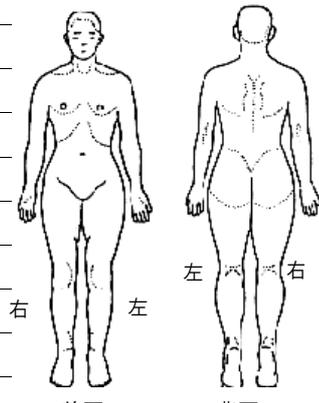
(ふりがな) <b>お名前</b>	ふりがな:		
<p>※お名前は、必ず患者様ご本人の直筆でご記入下さい。  <small>小さなお子様の場合は、保護者にご記入いただき、お子様の書いた落書きや絵などを別途添えて下さい。</small></p>			
<b>性別</b>	男・女		生年月日
<b>郵便番号</b>	〒( )-( )		
			大正・昭和・平成 年 月 日
<b>ご住所</b>	住所:		
<b>お電話番号</b> (携帯電話番号)	市外局番( )-( )-( ) 携帯電話( )-( )-( )		
<b>ご連絡方法</b>	<p>※当薬局からお客様へお薬の件で何らかのご連絡をする場合に、ご都合の良い連絡方法をお選び下さい。  <b>1. 自宅電話 2. 勤務先電話 3. 携帯電話 4. パソコンメール 5. その他</b>  <small>※『2. 勤務先』『5. その他』をご希望の方はその連絡先をお書き下さい。( )</small></p>		
<b>電子メールアドレス</b>	(携帯/パソコン) @		

漢方治療を希望されるご病気・ご症状やあなたの体質について、以下の質問にお答え下さい。

◇お医者様に言われた病名は何ですか？	病名・診断名:
	<small>※自己判断ではなく、医師による診断名をご記入下さい。(わからない場合は記入なしで結構です)</small>

◇漢方で治したい症状をお書き下さい。 ※現在の症状を詳しくお書き下さい。病院での検査結果などもこちらにお書き下さい。  
 ※症状の部位、痛む場所などは図に記入下さい。右左を間違いないようお願い致します

いつごろから症状が出ましたか？ 最初の状態はどうでしたか？ 現在どうなっていますか？



右 左 左 右  
前面 背面

◇その症状に対して、今までどんな治療を受けましたか？

※発病から現在までの治療について、出来るだけ詳しくお書き下さい。現在の服用薬は次の欄に記入下さい。

今までどんな治療を受けましたか？ 現在の治療はどうなっていますか？

◇現在、飲んでいらっしゃるお薬、栄養剤、健康食品などについてご記入下さい。

※病院のお薬の他、漢方薬、市販薬、健康食品などもお飲みでしたらそちらも一緒にお書き下さい。(分かる範囲でかまいません)

⇒問診は次ページへ続きます・必ず次ページもお書き下さい。  
《FAXでのご返送は 0439-53-0247 までお願いします。》

◇現在のご病気の他に、今まで何かご病気をされたことがありますか？

※持病や過去に経験されたご病気について、病名とその時期をお書き下さい。(分かる範囲で結構です)

◇お薬での副作用、アレルギーなどの経験がありましたらお書き下さい。

※今までにお薬で副作用を経験された方は、そのお薬をお知らせ下さい。(分かる範囲で結構です)

◇食べ物や、生活上で起こるアレルギー症状があれば、お書き下さい。

※食品、動物、花粉など、何らかのアレルギーをお持ちの方は、なるべく症状(じんましん、鼻炎など)もお書き下さい。

◇以下は当てはまるものに○をするか、( )に記入してください。

身長・体重	身長( )cm 体重( )kg
血压(わかる方のみ)	最高血压( )最低血压( )
顔色	赤い ・ 普通 ・ 血色が悪い
冷え・のぼせ・ほてり	冷え・のぼせ・冷えとのぼせ・普通・手がほてる・足がほてる
冷える部分	足のみ ・ 手足 ・ 身体全体 ・ 特にない
口の渇き	口が渇きやすい ・ 気にならない
お茶・水分の摂取	多い ・ どちらかと言えば多い ・ どちらかと言えば少ない ・ 少ない ・ 普通
発汗	多い ・ 少ない ・ 普通
発汗しやすい部位	頭から首筋 ・ 上半身 ・ 全身 ・ 関節部分 ・ 意識したことがない
寝汗	寝汗あり ・ ときどき寝汗あり ・ 寝汗なし
小便	回数が多い ・ 回数が少ない ・ 普通 ・ 残尿感がある ・ 排尿痛がある
小便の色	色が濃い ・ やや黄色い ・ 透明に近い
食欲	充分にある ・ 普通 ・ あまりない
胃症状	胃痛 ・ 胸焼け ・ 吐き気 ・ 胃症状なし
大便の状態	便秘傾向 ・ やや便秘傾向 ・ 普通 ・ 軟便傾向 ・ 下痢が多い
便秘薬の服用	よく服用 ・ ときどき服用 ・ 服用しない →どんな便秘薬?( )
睡眠の状態	寝つきが悪い ・ 一度目が覚めると眠れない ・ 夢をよく見る ・ 普通
睡眠剤・安定剤の服用	よく服用する ・ ときどき服用する ・ 服用しない
動悸	よく感じる ・ ときどき感じる ・ 気にならない
飲酒	ほぼ毎日 ・ 週に2~3回以上 ・ 月に2~3回以上 ・ ほとんど飲まない
喫煙	1日20本以上 ・ 1日10本以上 ・ 1日2~3本 ・ 喫煙しない
生理(※女性のみ)	順調 ・ 不順 ・ 生理がない
生理痛(※女性のみ)	痛みが強く鎮痛剤を服用 ・ 痛むが鎮痛剤は使わない ・ 気にならない
生理周期(※女性のみ)	生理は( )日周期 生理期間は( )日
妊娠中毒の経験(※女性のみ)	なし ・ あり (何才の頃ですか? )才頃) ・ 妊娠経験なし

◇その他、ご要望・連絡事項、特別なご病状などありましたらご記入下さい。