

問診表（婦人科用）

漢方医学では自覚症状がきわめて大切な情報となります。

お手数ですが是非ご協力下さい。（可能な範囲でご記入下さい。）

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

ご住所 〒 _____ 電話 _____

メールアドレス _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 基礎体温 低温期 _____ °C・高温期 _____ °C (判らない場合空白で大丈夫です)

①ご自身の体調や体質で気になるところがあれば、教えてください。

②その症状はどのような時に悪くなりますか？（季節、天候、時間帯、生理との関連等）

③普段から、服用されているおくすりや、サプリメントはありますか？

おくすり： _____

サプリメント： _____

④次の質問にお答え下さい（該当する症状に○をしてください）

- 1) 食欲（良い・普通・低下・ない・自分で制限している）
- 2) 睡眠（良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢をみる）
- 3) 妊娠・出産歴：妊娠____回・出産____回・自然流産____回（____週）・人工流産____回
- 4) 便____回／日 便通（普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる）
便の状態（普通・水様・泥状・軟便・硬くつながっている・コロコロ便・すっきりしない）
残便感（なし・あり）腹痛（なし・あり）お腹のはり（なし・あり）
お腹にガスがたまる（なし・あり）下剤の服用（なし・あり）下剤での腹痛（なし・あり）
- 5) 尿____回／日 夜寝てからトイレに起きる なし・あり（____回）
尿の色（普通・薄い・濃い）残尿感（なし・あり）排尿時痛（なし・あり）
- 6) 投薬なしでの月経（あり・なし），初潮____歳
月経期間（__日間）月経周期（__日から__日周期）（順調・遅れる・早まる・一定しない）
月経痛（なし・月経開始前・前半・後半）／鎮痛剤の服用（なし・あり）
月経量（普通・少ない・多い）不正出血（なし・あり）おりもの（普通・少ない・多い）
排卵期ののびおり（なし・あり）
おりものの異常があれば、お書き下さい（_____）
月経に関連した不調（なし・月経開始前・月経中・その他の時期 _____頃）
不調がある場合の症状（イライラ・浮腫み・頭痛・腹痛・その他_____）

⑤生活習慣についてお伺いします。

* 飲酒 飲まない・飲む（何を、どの位飲まれますか？_____）

喫煙 しない・する（__本／日） 間食（多い・少ない・食べない）

食べるなら何が好きですか？（_____）

* 【甘い・辛い・苦い・酸っぱい・塩辛い】の中で、好き・嫌いな物があれば教えて下さい

（好き：_____ 嫌い：_____）

* 食事傾向：好きな物に○、嫌いな物に×をつけて下さい。

（肉・魚・揚げ物・白ご飯・麺類・和食・洋食・野菜・果物・温かい物・冷たい物
・洋菓子・和菓子・おつまみ）

毎日のおおまかなメニューを教えてください。

朝：_____

昼：_____

夕：_____

⑥現在の症状、体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○, 著しく該当する場合は◎をつけてください)

- *暑がり／寒がり／冷える(全身・手・足・腹・腰・背・その他)／のぼせ／冷えのぼせ
／眠気が強い／風邪をひきやすい／疲れやすい(全身・足・腕・その他)
／体が重い(全身・腰・膝・足・腕・その他)／だるい(全身・腰・足・腕・その他)
／汗をかきやすい(全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・その他)／汗が出ない
／寝汗が多い／体重増加／体重減少／過食／拒食／浮腫(むくみ)
／一日にとる水分量(何を: _____ どの位: _____)
- *不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい
／神経過敏(驚きやすい)／忘れっぽい／記憶障害
- *車酔いしやすい／発作性の発汗／発作性の熱感(ホットフラッシュ)
- *頭痛(ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他_____)／頭重
／めまい(回転性・非回転性)／立ちくらみ／ふらつき
- *胸が苦しい(圧迫感・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい
・鈍痛)
- *咳(空咳・痰がからむ)／痰(水のような・粘っこい・膿のような)
- *食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／げっぷ／嘔吐／胸焼け
／悪心・吐き気／少し食べると腹が張って食べられない／胃酸があがってくる／胃もたれ
／胃の不快感／食べ物が胸につかえる／腹痛(上腹・下腹・移動性)／腹がゴロゴロする
／おならがよくでる
- *視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目の充血／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい
- *耳鳴／耳閉感／難聴／くしゃみ／鼻汁(水のような・粘っこい)／鼻づまり
／後鼻漏(鼻汁がのどに落ちる)／鼻出血／いびき
- *味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇／口の苦味・粘つき／口臭／口内炎
／歯痛／のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ
- *発疹・湿疹／にきび／アトピー性皮膚炎／じんましん／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥
／皮膚のかゆみ／皮膚が脂っぽい／色素沈着(しみ)／脱色／目のくま／あざが出来やすい
／皮下出血／毛が濃い／白髪／脱毛(円形・全般に抜ける)／ふけ／いぼ／爪がもろい
／爪の異常／皮膚が化膿しやすい
- *痛み(腰・肩・背・ひざ・腕・手指・足・その他_____)／こり(肩・背・首筋・腰・その他_____)
／凝る場合の場所(一点が痛い・全体が凝っている)／しびれ(腕・手指・もも・足・その他_____)
／ほてり(手のひら・足の裏・その他_____)／筋力低下
- *子宮脱／性交痛／膣の乾燥／乳房の張り／会陰部の不快感／性生活(週・月____回)
／性生活に関して(したい・したいけど疲れて出来ない・したくない・ストレスになる
・その他_____)

⑦ご家族、血縁関係のある方で、ご病気などをされた方がいらっしゃる場合は、ご記入下さい。

(記入例 ご関係:祖父 疾患名:糖尿病) (ご関係:_____ 疾患名:_____)

(ご関係:_____ 疾患名:_____)(ご関係:_____ 疾患名:_____)

⑧今までにかかった大きな病気などがあれば、教えて下さい。

*薬物アレルギー なし ・ あり (薬品名: _____)

*その他、気になる事、ご不安な事などがあればお書き下さい。

ご記入お疲れ様でした。このシートに基づいて、必要なアドバイスをさせていただきますね。

ありがとうございました。