

問診表

吉田内科クリニック

該当箇所に○印、あるいは_____に御記入をお願いします。

プライバシーに関する事など、書きにくいところは空白のままで結構です。

氏名 _____ 年齢 _____ 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 腹囲 _____ cm

1. 今回来院するに当たって、最も困っておられることは何でしょうか。それはいつ頃からですか。

_____ 年 _____ 月頃

2. 上記以外に困っておられる症状、病気。またそれはいつ頃からですか。

3. 現在かかっておられる病名、病院名、お薬名を記入して下さい。

4. これまでかかった病気。(手術、入院など) それはいつ頃ですか。何年前ですか。

_____ 年前
_____ 年前
_____ 年前

5. アレルギー (食べ物 お薬) はありませんか。 花粉症 じんま疹 気管支喘息

食欲 (良く食べる、普通、少ない 全くない)

便秘 普通 下痢しやすい _____ 回/日 便秘と下痢をくりかえす。

便秘しやすい 1回/ _____ 日 下剤使用 あり・なし

便の性状 普通 軟便 下痢便 コロコロ便 最初普通便・後で下痢軟便

残便感 (なし・あり) 腹痛 (なし・あり) お腹にガスがたまる (なし・あり)

尿 _____ 回/日 夜間尿 _____ 回/一晚

尿の色 (普通・薄い・濃い)

睡眠 (よく眠れる・寝付きが悪い・眠りが浅い・途中よく目が覚める・よく夢をみる)

眠剤の服用 (なし・あり)

就寝時間・午後_____時頃 起床時間・午前_____時頃

月経 周期 (規則的_____日型 ・不規則)

月経痛 (なし・軽い・重度) 鎮痛剤服用 (なし・あり)

月経量 (少ない・普通・多い) 帯下おりもの (なし・少し・多い)

食事 _____回/日

朝食・午前_____時頃 昼食・午後_____時頃 夕食・午後_____時頃

飲酒 全く飲まない 週_____日程度

毎日 1日量 ビール_____ml 日本酒_____合 焼酎_____合

ワイン_____ml ウイスキー_____杯

タバコ 喫煙歴なし 喫煙歴あり (_____年前まで_____本/日) 喫煙中 (_____本/日)

下記の当てはまる箇所に○印を付けて下さい。

- 寒がり 冷える (手 足 全身 お腹) しもやけができる レイノー現象が出る
- 暑がり 手足がほてる 冬でも冷えない
- のぼせ 上半身のぼせる 冷えのぼせ
- 汗 汗をよくかく 人並みにかく 全くかかない (夏でも) 寝汗をよくかく
- 浮腫 手足むくみ易い 体全体がむくむ
- 口喝 咽喉が乾きやすい 水をよく飲む 水をあまり飲まない 水をほとんど飲まない
- 気分 不安感 焦燥感 イライラしやすい 落ち込みやすい うつ状態
疲れやすい 倦怠感
- 頭耳 頭痛 片頭痛 頭重感 めまい ふらつき 耳鳴り 耳閉感
- 目 目が疲れやすい 視力低下
- 胸部 胸苦しい 胸部圧迫感 動悸 息切れ 息苦しい 息が十分吸えない
咳が出る 痰が出る
- 腹部 胃がもたれやすい 食べ物が胸につかえる 吐き気がよくある 胸焼けがある
お腹がよく張る お腹がゴロゴロする おならが多い
食後に眠気や倦怠感が多い 食べ過ぎるとすぐ下痢になる 胃が痛くなりやすい
- 手足 関節痛 (足関節 膝 腰 背部 肩 肘 手首 手指) 凝り (首 肩)
こむらがえり (上肢 下肢)
しびれ感 (上肢 下肢 手指) 筋肉痛 (上肢 下肢 背部)
- 皮膚 乾燥しやすい 脂っぽい 化膿しやすい ケロイドになりやすい 爪がもろい

その他お聞きになりたいことあればお書き下さい。
