

お名前のイニシャルだけをお書き下さい。 例) 扇町 正子 → M.O		<input type="text"/> <input type="text"/>	男 ・ 女	未婚・既婚・離婚・死別	
生年月日	大・昭・平・( ) 年 月 日生 (満 歳)	身長	cm	体重	kg
紹介者					
緊急連絡先	後日、クリニックへお越しの際にお尋ねしますので、その方に了承を頂いてください。				
職業 及び 現況					

## 【現在、お困りの症状をご記入ください】

※症状が複数ある場合は優先順位をつけてご記入ください。

(例：1. 皮膚の痒み、乾燥 2. 不眠 3. 腰痛)

## 【西洋医学的診断名があればご記入ください】

(例：アトピー性皮膚炎)

## 【現在、病院で治療されている場合はご記入ください (処方薬やその他処置など)】

※処方薬が多数ある場合は、おくすり手帳などのコピーを添えていただだけでも結構です。

(例：プロトピック軟膏)

## 【過去に何かの薬でアレルギー反応を起こしたことはありますか？】

( ない ・ ある ) あればその薬品名をご記入ください。

## 【食品やその他のアレルギーがあればご記入ください】 (例：卵、ハウスダスト)

( ない ・ ある )

## 【苦手な食品・食材があればご記入ください】 (例：シナモン、生姜、ハッカ)

( ない ・ ある )

## 【過去にかかった病気やケガをご記入ください (今回の病状は除く)】

(例：35歳 胃潰瘍)

## 【ご家族 (血縁関係) の方で何か病気をされている場合はご記入ください】

(例：〔続柄〕父 〔病名〕糖尿病、高血圧)

〔続柄〕 〔病名〕

〔続柄〕 〔病名〕

〔続柄〕 〔病名〕

〔続柄〕 〔病名〕

## 【あなた自身の気分について、よくあるものに○、時々あるものには△をつけてください】

(例：(○) よく怒る、(△) 心配や不安が多い)

( ) よく怒る

( ) 悲しみやすい

( ) イライラしやすい

( ) 気力がわかない

( ) 喜びやすい・はしゃぎやすい

( ) 心配や不安が多い

( ) よく笑う

( ) 驚きやすい・びっくりしやすい

( ) 気が緩(ゆる)みやすい

( ) 気が動転しやすい

( ) クヨクヨと悩みやすい

( ) 恐がりやすい

( ) 気をもんだり、考える事が多い

以下の項目で当てはまるものに○を、時々あるものに△をつけてください。

**【食事について】**

食 欲：（ 旺盛 ・ ふつう ・ あまりない ・ ない ）

食事量：（ 多い ・ ふつう ・ 少ない ）

**【飲み物について】**

（ 氷入り ・ 冷たい飲み物 ・ 常温の飲み物 ・ 温かい飲み物 ） を好んで飲む。

よく飲む飲み物は何ですか？（ ）

**【お酒は飲みますか？】**

（ 飲まない ・ 飲む 〈 週・月のうち 日くらい 〉 ）

飲むお酒の種類とその量：

**【タバコは普段吸いますか？】**

（ 吸わない ・ 吸う 〈 1日に 本くらい 〉 ）

**【大便について】**

回 数：だいたい 日に 回くらい。

形 状：（ 硬 ・ コロコロ ・ ふつう ・ 軟 ・ 先に硬で後で軟 ・ 泥状～水様 ）

（ 下痢と便秘を繰り返す ・ その他 ）

**【小便について】**

回 数：1日に／起きてから寝るまでの間に（ 回くらい ）

夜間尿／寝てから起床までの間に：（ なし ・ あり 回くらい ）

残尿感：（ なし ・ あり ）

尿 勢／尿の出かた：（ 弱い ・ やや弱い ・ ふつう ）

尿切れ：（ 良くない ・ あまり良くない ・ ふつう ）

以下の項目で当てはまるものに○を、時々あるものに△をつけてください。

**【睡眠について】**

就寝時刻：

起床時刻：

寝付き：（良い・良くない）

眠りの状態：当てはまるものに○を、時々あるものに△をつけてください。

（ ） 良く眠れて朝まで起きない

（ ） 途中で目が覚めることがあるが、わりとすぐにまた眠れる

（ ） 途中で目が覚めることがあり、しばらく眠りにくい

（ ） 全体的に眠りが浅いと感じる

起床時の熟睡感：（ある・まあまあ・ない）

寝起き：（良い・まあまあ・良くない）

**【目について】**

目が（疲れる・乾燥する・かすむ・充血する・〈光が〉まぶしい・かゆい）

（その他： ）

**【耳について】**

耳鳴り：（ない・ある 〈音質：左 右 〉）

聴力：左（ふつう・弱い・ない） 右（ふつう・弱い・ない）

**【口腔内・歯について】**

口内炎：できにくい・できやすい（部位： ）

歯痛：ない・ある（部位：左上歯・左下歯・右上歯・右下歯）

むし歯：ない・ある（部位：左上歯・左下歯・右上歯・右下歯）

**【寒熱について】**

（手・腹・腰・太もも・すね・足・その他： ）が冷えやすい

（顔・手・足・その他 ）が熱くなりやすい（ほてりやすい）

（暑がり・寒がり・両方ともである）

1. 当院以外で定期的に受診されている病院はございますか？

（例：〇〇病院△△科）

2. 受診されている病院がある場合、服用しているお薬はございますか？

（例：〇〇〇錠 0.5 mg）

多数の場合はお薬手帳をご提示ください。（コピーでも可能です）

3. 継続して使用しているサプリメント・健康食品はございますか？

4. 生薬で苦手なものはございますか？ ございましたら○を付けてください。

ハッカ ・ ケイヒ ・ ショウガ ・ カンゾウ ・ その他（                      ）

5. 処方薬の効果を高めるために、自費薬（保険のきかない生薬）を一部入れる事について、どちらかに○を付けてください。

① 入れてもよい

② 入れないでほしい

6. 自由記述欄（他にお伝えしたいことがございましたら、ご記入ください）

7. 血液型を教えてください。

血液型（A・B・O・AB）RH（+ -）

以上、ご協力ありがとうございました。

《婦人科関連項目》

【初潮】 ( ) 歳から始まる 【閉経】 ( ) 歳で終わる

【月経】 閉経されている場合は、以下の月経の項目は記入されなくても結構です。

周期：定期的 (約 日) ・不定期 ( ヶ月に1回 )

期間：(約 日間) 続く

量：(多い・ふつう・少ない)

血塊：ない・ある (ほぼ毎月・時々)

月経痛：ない・ある (月経前・月経中 (前半・後半) ・月経後)

頻度：(ほぼ毎回・時々 ( 回に1回くらい))

程度：(軽い・中等度・強い)

鎮痛剤：(使わない・使う → 薬品名： )

鎮痛剤使用により痛みは：(治まる・治まらない)

状態：(鈍い痛み・重だるい・鋭い痛み・その他： )

部位：(右下腹部・下腹部・左下腹部・腰部・その他： )

<月経前後の体調の変化について>

月経前後で気分・食欲・排便・睡眠などの体調に変化がある場合は記載してください。

(例：月経前から月経前半にかけてイライラしやすい)

(例：月経後に気分が落ち込む、からだのだるくなる)

(例：月経前に軟便～下痢になりやすい)

体調の変化：

【出産歴】

分娩：( ) 回

流産：( ) 回 [ 自然 ( ) 回・人工 ( ) 回 ]

<産後の体調の変化について>

産後に、体調の変化があった場合は記載してください。

(例：爪が割れやすくなった)

(例：月経痛が軽くなった)

(例：月経量が少なくなった)

体調の変化：