

問 診 票

年 月 日

御氏名 _____ 男・女 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

今、困っている症状をお書き下さい（いつから、および症状の内容）

今までかかった病気やケガなどがあればお書き下さい

喫煙： 本／日

飲酒： 日／週

これまでに注射や内服薬、食物などでアレルギー反応をおこしたことがありますか？

ない ある（薬剤名、食物名： _____ ）

現在、処方されている薬がありますか？ ない ある

※「ある」でお薬手帳をお持ちでない場合、薬剤名や効能（例：血圧の薬、など）を記入

現在、他の医療機関に通院していますか？ いいえ はい（病名： _____ ）

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ はい

直近1年で健康診断を受診されましたか？その際、指摘を受けた項目がありましたか？

受診なし 受診あり（指摘項目： _____ ）

受付でマイナンバーカード読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？

・同意しなかった ・同意した ・マイナンバーカード非使用

以下の項目で該当するところを○で囲んで下さい

体 質	寒がり 冷え症 手足が冷たい 冬にシモヤケができる 夏のエアコンが苦手 暑がり のぼせ症 手足がほてる
胃腸症状	風邪を引きやすい 疲れやすい 汗かき 内出血しやすい むくみやすい 食欲（ある・ない・食べれば食べられる） 胸やけ げっぷ 吐き気 胃もたれ 胃痛・腹痛 腹が張る ガスがたまる 口が苦い 口が粘る のどが渇く 水分をよく取る（冷たいもの・温かいもの） 便通1日 _____ 回 軟便 下痢 便秘（ _____ 日に1回 便秘薬 _____ ）
頭 部 等	めまい 頭痛 耳鳴り のどが詰まる感じ こり（首・肩・背）
胸 部 等	咳 痰 動悸 息切れ 息苦しい
泌 尿 器	尿が近い・遠い 夜中にトイレに起きる（ _____ 回／晩）
皮 膚	乾燥しやすい 吹き出物ができやすい じんましん
精 神	不安 憂うつ 怒りっぽい イライラ 物忘れ 寝つきが悪い 眠りが浅い
神 経	麻痺（ _____ ） 知覚異常（ _____ ） ふるえ 痙攣
女 性	未婚・既婚 月経（順 不順 痛 量の異常 _____ ） 帯下 妊娠（していない 可能性あり 妊娠中 _____ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

【医療情報取得加算】を算定します（初診時に1点または3点）

※マイナ保険証利用の有無、および過去の情報提供同意の有無などにより点数が変わります。

※この面は医師が記入します

望	実証 中間証 虚証 中肉 (ふつう) 脂肪太り 水太り 筋肉質 痩せ型
	顔 : 普通色 蒼白 黄色 赤色 色つや悪し
舌	皮膚 : 普通 乾燥 湿潤 その他 口唇 : 暗紫色
	厚み (厚 ・ 薄) 乾燥 ・ 湿潤 色 (白 ・ 紅 ・ 紫)
脈	歯圧痕 (有 ・ 無) 苔 (白 ・ 黄 ・ 黒)
	鏡面舌 亀裂 地図状舌 静脈怒張
脈	浮 ・ 沈 緊 ・ 緩 大 ・ 小 数 ・ 遅
	不整脈 結滞 血圧 : / mmHg

以下は
一・±・+・++の
4段階で表記

腹力
腹壁
弾力
心下痞硬
胸脇苦満
振水温
腹皮拘急
腹部動悸
正中芯
臍傍圧痛
下腹部圧痛
小腹拘急
小腹不仁

浮腫

