

# 漢方問診票

この問診票は直接お目にかかれぬ患者さんに、症状や体質にあった“よく効く漢方薬”をさしあげる為にご記入させていただきます。記入された問診票を拝見して、もう少しおたずねしたい点がある場合は、こちらからお電話を差し上げます。

## 《ご記入について》

- 質問事項をご記入いただく前に、患者さんのお名前やご住所等を、もれなくお書き下さい。患者さんご本人が記入されない場合は、記入される方のお名前、患者さんとの関係、連絡先の事などもご記入下さい。
- 質問事項の(1)と(2)は詳しく書いて下さい。余白がなければ裏等にメモ書きして下さい。質問事項の(3)以下は、患者さんの状態が該当するものには□にレ印をいくつでも、また( )内の選択肢のうち『そうである』ものには○印を、『特にそうである』ものには◎印をつけて下さい。
- 質問事項以外に気になることや、知らせたいこと等がありましたら、末尾の空欄や裏等にお書き下さい。

## 高島堂薬局

〒113-0033

東京都文京区本郷5-24-4

Te l : 03 (3811) 1657

F a x : 03 (3815) 9951

営業時間：午前9：00～午後7：00

定休日：日曜日・祝日・第一および第三土曜日

《患者さんについて》

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		記入者が患者さん本人でない場合	記入者名	
お名前			患者さんとの関係	
性別・年齢	(男・女) ( )才	連絡先が患者さん本人でない場合	連絡先名	
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		連絡先 ご住所 電話番号	
ご住所	〒 -			
電話番号				

《質問事項》

(1) どんな具合ですか？（現在の主な症状、特につらい点やひどい症状を書いて下さい。）

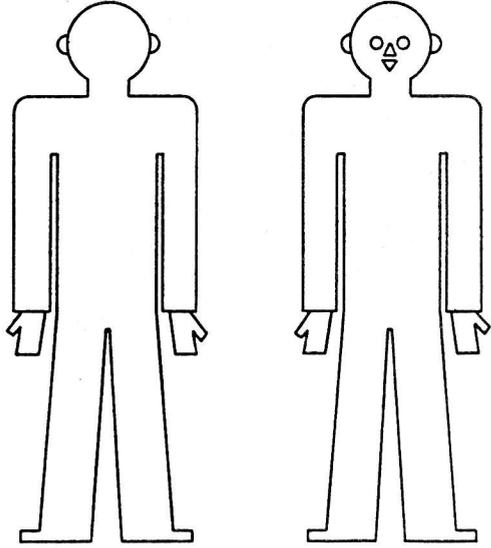
(2) 病名や今までの治療のこと、いつから具合が悪いか？等をお書き下さい。

(病院での検査値で特に気になるものや、現在服用している薬等も書いて下さい。)

(3) 体調と生活	<input type="checkbox"/> ずっと寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 昼は起きている <input type="checkbox"/> 普通に仕事をしている <input type="checkbox"/> よく働いている	(6) 顔色	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 色白 <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> 赤黒い <input type="checkbox"/> 浅黒い <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> 青黒い <input type="checkbox"/> 黄色い
(4) 体格 肉づき 骨格	身長( )cm 体重( )kg (肥満・普通・痩せている ・筋肉質・筋肉質ではない) (骨太・普通・骨が細い・骨が弱い)	(7) 食事や嗜好	食欲(ある・ない・普通) 食べる量(多い・少ない・普通) 水分(よく取る・あまり取らない) 甘いもの(よく食べる・あまり食べない) アルコール(好んで飲む・付き合い程度・飲まない) タバコ(吸う・吸わない)
(5) 体質や気質	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 貧血気味 <input type="checkbox"/> のぼせ症 <input type="checkbox"/> 乗物に酔いやすい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (皮膚・喘息・花粉症 あり) <input type="checkbox"/> 気力がない <input type="checkbox"/> イライラする	(8) 睡眠	<input type="checkbox"/> 不足気味 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> よく夢を見る <input type="checkbox"/> 夜中に何回も目が覚める (排尿のため・排尿のためではない)

<p>(9) 汗</p>	<p>(汗かきである・普通 ・あまりかかない) <input type="checkbox"/>寝汗をかく <input type="checkbox"/>手のひらに汗をかく <input type="checkbox"/>急にのぼせて汗をかく</p>	<p>(17) のど 咳 痰</p> <p>のどが(乾く・痛む・つまる ・異物感がある) 咳(軽い咳・強い咳・喘息がある) 痰(濃い・薄い・からむ・切れにくい ・多い・少ない)</p>
<p>(10) 小便</p>	<p>回数(多い・少ない・普通) <input type="checkbox"/>排尿痛がある <input type="checkbox"/>もらすことがある <input type="checkbox"/>うまくいきらない <input type="checkbox"/>出るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/>糖尿がある <input type="checkbox"/>蛋白尿 <input type="checkbox"/>血尿</p>	<p>(18) 首・肩 背</p> <p>(首・肩・背)が凝る (首・肩・背)が痛い その他( )</p>
<p>(11) 便通</p>	<p>( )日に1回 <input type="checkbox"/>軟便 <input type="checkbox"/>水瀉便 <input type="checkbox"/>便秘症 <input type="checkbox"/>下痢しやすい <input type="checkbox"/>順調 <input type="checkbox"/>痔 その他( )</p>	<p>(19) 胸 と 脇</p> <p><input type="checkbox"/>圧迫感がある <input type="checkbox"/>胸苦しい <input type="checkbox"/>動悸がする <input type="checkbox"/>胸が痛む <input type="checkbox"/>息切れがする <input type="checkbox"/>息苦しい その他( )</p>
<p>(12) 血压</p>	<p><input type="checkbox"/>高い <input type="checkbox"/>低い <input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>不安定 (最高_____ 最低_____ ) 自覚症状( )</p>	<p>(20) 胃</p> <p><input type="checkbox"/>ミズ落ちが張る <input type="checkbox"/>胸焼けがする <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>ムカムカする <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>痛む(空腹時・食後・いつも)</p>
<p>(13) 頭</p>	<p><input type="checkbox"/>重い <input type="checkbox"/>痛い(どこが: ) <input type="checkbox"/>のぼせる <input type="checkbox"/>めまいがする <input type="checkbox"/>たちくらみ <input type="checkbox"/>ボンヤリする <input type="checkbox"/>なんともない</p>	<p>(21) 腹</p> <p><input type="checkbox"/>痛む(どのあたりが: ) <input type="checkbox"/>腹が張る <input type="checkbox"/>ゴロゴロ鳴る <input type="checkbox"/>冷える <input type="checkbox"/>ガスがたまる <input type="checkbox"/>腹水がたまる <input type="checkbox"/>下腹に動悸がする</p>
<p>(14) 目</p>	<p><input type="checkbox"/>目が疲れる <input type="checkbox"/>充血している <input type="checkbox"/>かすむ <input type="checkbox"/>涙目になる <input type="checkbox"/>黄色い <input type="checkbox"/>まぶたが重い <input type="checkbox"/>視野が欠ける <input type="checkbox"/>普通の光がまぶしい <input type="checkbox"/>視界にゴミの様なものが舞う感じ</p>	<p>(22) 手・足 腰</p> <p>(手・足・腰)が痛む (手・足・腰)が冷える (手・足・腰)がシビれる (手・足・腰)が麻痺している <input type="checkbox"/>だるい <input type="checkbox"/>腫れる <input type="checkbox"/>むくむ <input type="checkbox"/>ほてる</p>
<p>(15) 耳 と 鼻</p>	<p><input type="checkbox"/>耳鳴りがする <input type="checkbox"/>耳だれがでる <input type="checkbox"/>耳が遠い <input type="checkbox"/>鼻がつまる <input type="checkbox"/>鼻水が多い <input type="checkbox"/>よくクシャミが出る <input type="checkbox"/>蓄膿症 <input type="checkbox"/>臭いがわかりにくい</p>	<p>(23) 婦人科</p> <p><input type="checkbox"/>生理痛がひどい <input type="checkbox"/>生理不順 <input type="checkbox"/>子宮筋腫 <input type="checkbox"/>生理異常 <input type="checkbox"/>更年期障害 <input type="checkbox"/>子供ができない <input type="checkbox"/>妊娠している</p>
<p>(16) 口 と 舌</p>	<p><input type="checkbox"/>口が乾く <input type="checkbox"/>口が苦い <input type="checkbox"/>口内炎がある <input type="checkbox"/>口臭がある <input type="checkbox"/>味覚異常がある <input type="checkbox"/>舌が荒れる 舌の色が(白い・赤い・黄色い ・黒い) <input type="checkbox"/>唇が荒れる</p>	<p>(24) 皮膚</p> <p>炎症(痛い・かゆい・化膿 ・ジンマシン) <input type="checkbox"/>赤みがある <input type="checkbox"/>分泌物がある <input type="checkbox"/>黄疽がある <input type="checkbox"/>老人性乾燥肌でかゆい</p> <p>(25) 書き足りない事がありましたら余白や裏面に書き足して下さい。</p>

右の図に患部の  
場所や症状を  
書き込んで下さい。



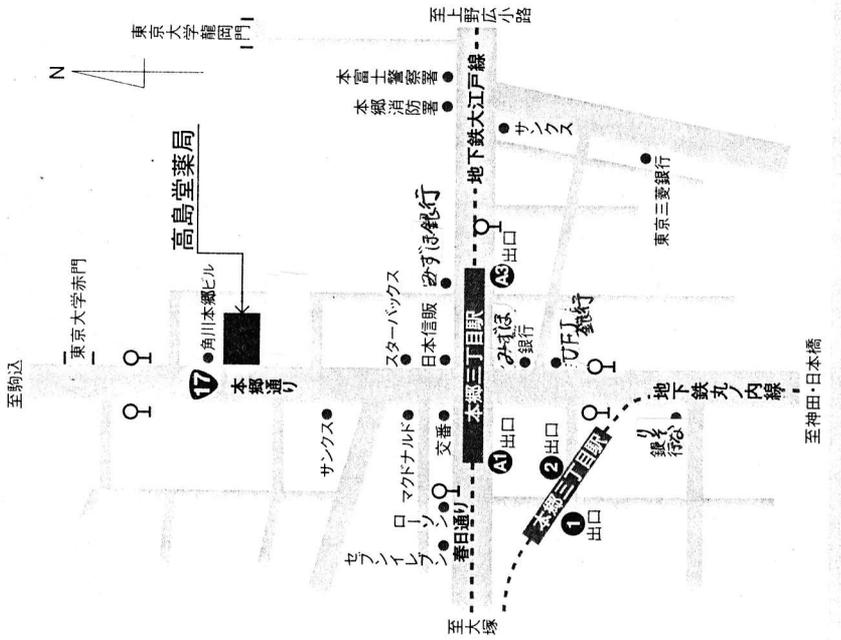
(メモ欄)

質問事項 (1) (2) (25) やその他の事らについて自由にお書き下さい。

# 漢方 高島堂薬局

自然の恵みを大切に

人は自然の一部であり、  
医療とは本来、人の身体に備わっている  
自然治癒力を助けることである



## 交通機関

- 営団地下鉄丸ノ内線 本郷三丁目駅下車(2出口) ……徒歩5分
- 都営地下鉄大江戸線 本郷三丁目駅下車(A1・A3出口)・徒歩5分
- 都営バス「茶51」・「東43」系統 東大赤門前下車 ……徒歩1分  
「上69」・「都02」系統 本郷三丁目下車 ……徒歩5分

## 営業時間

午前9:00～午後7:00  
(日曜祝日、第1・3土曜日定休)

株式会社 高島堂薬局  
〒113-0033 東京都文京区本郷5-24-4  
TEL (03) 3811-1657  
FAX (03) 3815-9951

(東京大学赤門ならび)