

ID _____

漢方外来問診票

年 月 日

フリガナ			
氏名	生年月日 T・S・H・R		
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

● 漢方治療で希望することを教えてください。□に印(レ)をつけてください。

- 1 減量 □2 更年期症状改善 □3 体質改善 □4 その他

● 上記にて2・3・4を選ばれた方に質問です。

・今つらい症状や、困っている症状は何ですか？具体的に記載をお願いします。

(_____)

・この症状に対してこれまでにいつ、どこで、どのような検査・治療を受けましたか？

(_____)

● 既往歴 (何歳の時にどんな病気にかかりましたか？ アレルギーはありますか？)

(_____)

● 現在飲んでるお薬はありますか？(※お薬手帳ある方は提出お願いします)

あり

なし

●最終採血日： _____ ※本日持参あれば受付へ提出してください！

● 身長 _____ cm 体重 _____ kg 目標体重 _____ kg (※減量の場合のみ記入)

● 家族歴 (両親や兄弟・姉妹に以下の病気があれば○で囲んで下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・がん・脳卒中・結核・リウマチ・その他(_____)

● あなたの体質を把握するための質問です。あてはまる文章の□に印(レ)をつけて下さい。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 寒がりで厚着を好む | <input type="checkbox"/> 暑がりで薄着を好む |
| <input type="checkbox"/> 温かい飲み物が好き | <input type="checkbox"/> 冷たい飲み物が好き |
| <input type="checkbox"/> 食は細く、食べるのが遅い | <input type="checkbox"/> 食欲があり、食べるのは早い |
| <input type="checkbox"/> 胃腸が弱い | <input type="checkbox"/> 胃腸が丈夫である |
| <input type="checkbox"/> 意欲、気力が不足がち | <input type="checkbox"/> 意欲、気力は充実している |
| <input type="checkbox"/> 声が小さい、細いほうだ | <input type="checkbox"/> 声は大きい、太いほうだ |
| <input type="checkbox"/> 痩せて弱弱しい感じがする | <input type="checkbox"/> 筋肉質でがっちりしている |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 疲れにくい |
| <input type="checkbox"/> 顔色が悪く肌もカサカサ | <input type="checkbox"/> 血色がよく肌につやがある |
| <input type="checkbox"/> かぜをよくひく(各季節1回以上) | <input type="checkbox"/> 滅多に風邪をひかない |
| <input type="checkbox"/> 尿の回数は多い | <input type="checkbox"/> 尿の回数は少ない |
| <input type="checkbox"/> 下痢傾向 | <input type="checkbox"/> 便秘傾向(_____)日に1回 |
| <input type="checkbox"/> 汗をよくかく | <input type="checkbox"/> 汗はあまりかかない |
| <input type="checkbox"/> 生理が不規則、生理痛がある | <input type="checkbox"/> 生理は特に問題はない |

※裏面も記入してください。

当てはまる文章の□に印(レ)をつけてください。

<上衝>

- のぼせる
- めまいがする
- 動悸がする
- 頭痛がする
- 顔面が紅潮する
- 不眠がち
- イライラしやすい

[] / 7項目

<気うつ>

- 不安感がある
- のどがつまる感じ
- 憂うつな気分である
- 頭が重い
- 無気力である
- イライラしやすい
- 寝起きが悪い

[] / 7項目

<水毒>

- むくみやすい
- 水のような鼻水が出る
- 尿量が多すぎる
- 尿量が少なすぎる
- 関節痛がある
- 頭痛がある
- めまいがする
- 乗り物に酔いやすい
- 立ちくらみしやすい
- 下痢しやすい
- 手足が冷える
- 水太りしている
- 動悸や息切れを起こしやすい
- まぶたがけいれんする

[] / 14項目

<気虚>

- 元気がない
- 活発に活動できない
- 疲れやすい
- 風邪をひきやすい
- 食欲がない

[] / 5項目

<血虚>

- 顔色が悪い
- 貧血がある
- 肌がカサカサする
- 手足がしびれやすい
- 抜け毛が多い
- めまいがする
- 目が疲れやすい
- 不眠がち
- 月経不順がある
- 爪がわれやすい
- 集中力にかける

[] / 11項目

<瘀血>

- 目の下にクマができやすい
- おへソの周りを押すと痛い
- 肌荒れしやすい
- さめ肌である
- 下や歯茎が赤黒い
- 内出血しやすい
- 口が渴きやすい
- 痔がある
- 月経異常がある
- よく下腹が痛くなる
- 感情の波が激しい

[] / 11項目

◎生活習慣に関する問診票

名前 _____ 様

記入日 【令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日】

起床時間：(_____ : _____) 就寝 (_____ : _____)

食事時間： 朝 (_____ : _____) 昼 (_____ : _____) 夕 (_____ : _____)

味付け： 濃い 薄い ふつう

間食習慣： なし ・ あり (週 or 月 _____ 回 内容→ _____)

外食： なし ・ あり (週 or 月 _____ 回 内容→ _____)

よく飲む飲料： なし ・ あり (_____)

使用している健康食品・サプリメント： なし ・ あり (_____)

食行動： 早食い ・ まとめ食い ・ ながら食い

飲酒習慣： なし ・ あり (週 or 月 _____ 回) (種類 _____ 量 _____)

喫煙習慣： なし ・ あり (_____ 本/日)

生活労作：デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ 営業 ・ 力仕事 ・ 主婦 ・ 他 (_____)

職業： _____ 夜勤： なし ・ あり (時間帯 _____ ~ _____)

家族構成： _____ (調理担当者に○つけてください)

運動習慣：なし ・ あり(週 or 月 _____ 回 / 時間 _____ 分 / 内容→ _____)

食事記録(普段の食事 または 直近の一日の食事内容をわかる範囲で記載してください)

朝食	昼食	夕食	間食
時間 _____ :	時間 _____ :	時間 _____ :	時間 _____ :

更年期に関する問診票

簡略更年期指数(SMI)

症 状	強	中	弱	無	点数
1 顔がほてる	10	6	3	0	
2 汗をかきやすい	10	6	3	0	
3 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
4 息切れ、動悸がする	12	8	4	0	
5 寝つきが悪い、眠りが浅い	14	9	5	0	
6 怒りやすく、イライラする	12	8	4	0	
7 くよくよしたり、憂うつになる	7	5	3	0	
8 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
9 疲れやすい	7	4	2	0	
10 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	

*注: どれか1つでも症状が強く出れば【強】とします

【強】症状があり、生活に支障が出ることがある。

【中】症状はあるが、生活に支障が出ない程度。

【弱】症状があるかもしれない。

合計

更年期症状の評価基準

合計点数による自己採点の評価表		45歳~55歳の女性において
0~25点	異常なし	20%強
26~50点	食事・運動に注意を	40%強
51~65点	更年期・閉経外来を受診すべき	20%強
66~80点	長期にわたる計画的な治療が必要	10%強
81~100点	各科の精密検査に基づいた長期の計画的な治療が必要	数%