

セキールレディースクリニック 問診票 (漢方外来)

記入年月日 令和 ____年 ____月 ____日

フリガナ		結婚	未婚 ・ 既婚 / 子供 人
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳) 令和
住所	〒 _____ セキールの名前で郵便物などの送付をしても構いませんか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る (「困る」を選択された方に郵送物がある場合は医師の個人名にて送付させていただきます。予めご了承ください。)	電話番号	携帯番号 () - セキールの名前で連絡させていただきます。お持ちの方は必ず記入をしてください。 ----- その他連絡先がある方はご記入ください。※任意 自宅 ・ その他() () -
		職業	
		身長・体重	() cm ・ () kg
		血液型	() 型 Rh ()

一番治したい病気または症状を書いてください。

それはいつからありますか。

どのような時症状が悪化しますか(該当する項目を○で囲んでください)。

雨やその前日 寒いとき 風の強い日 クーラーで 暑いとき 春 梅雨期 夏 秋 冬 乾燥したとき
 湿ったとき 早朝 午前 夕方 夜中 風呂に入ると 疲れたとき お酒を飲むと 月経の始まる前
 月経の(初期 ・ 中期 ・ 後期) イライラしたとき
 その他()

その他何か症状があれば書いてください。

以前に漢方薬を飲んだことがありますか。

ない ・ ある 薬の名前()

以前にどのような病気をしたことがありますか。

病名()

時期(昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 歳頃)

→手術をした場合 内容()

診療の参考にしますので、当てはまるものに をつけたり、() に数字を記入してください。

<飲酒>

アルコールを飲む

日本酒()合 / 週 焼酎()合 / 週 ビール 大・中・小()本 / 週

ウィスキー S・W()杯 / 週 ワイン()杯 / 週

アルコールを飲まない

<喫煙>

タバコを吸う

タバコを吸わない

()本 / 1日 喫煙期間:()年

<全身の症状>

疲れやすい だるい 風邪を引きやすい イライラする むくみ(足・手・顔・全身・なし)

不安が強い方である 食欲がない 熱い食べ物が好き 冷たい食べ物が好き

<腹部の症状>

腹がはる 胃が重い・痛い げっぷが出る 腹がごろごろ鳴る 吐き気がする 腹が痛む

下痢しやすい 便秘 便が残った感じがある 便秘と下痢の交代 ガスが多い

<便について>

・便の形 ころころ 切れ切れ 泥状 普通 ・排便回数:()回 / ()日

<尿について>

尿が勢いよくでない 尿が近い 残尿感がある りきむと尿が漏れる

・尿回数 日中(起床後～就寝前):()回 夜間:()回

<手足・下半身の症状>

手がほてる 手が冷たい 手が痛む 上肢がしびれる 肩首の凝り 足がほてる

足が冷える 足が痛む 腰が冷える 腰痛、腰がだるい 下肢がしびれる 足や膝がだるく重い

<上半身の症状>

食後眠たい 体がほてる 暑がり 皮膚が乾燥する 湿疹がよくできる 毛や爪の色が悪い

汗をかきにくい 汗をよくかく 冬でも寝汗をかく 不眠 夢が多い 口が乾く 口が苦い

口が粘る よく水を飲む 筋肉がピクピクする 寒がり 雨とその前日に症状が悪化する

動悸 息切れ 胸が苦しい 胸焼け 頭重感 めまい 立ちくらみ 顔のほてり

咳が多い 耳鳴り 鼻がつまる 口舌がしみる 眼が乾燥する 眼の充血 眼が疲れる

耳が遠い 喉が詰まる

・頭痛: 前頭 頭頂 後頭 側頭 なし

・痰: 白 黄色 緑色 水様 でない

・鼻水: 白粘る 黄色粘る 水様 でない

・眼やにがでる: 白色 黄色 でない

・耳垢: かさかさ じくじく でない

・水分摂取状況:()リットル / 日

診療の参考にしますので、当てはまるものに をつけたり、() に数字を記入してください。

<婦人科の症状> ※女性の方のみ

- ・おりものの量： 多い 少ない
- ・おりものの色： 白 黄 淡紅 血が混じる
- ・おりものの質： 薄く透明 粘り濃い
- ・生理について： 未 生理がある 閉経の年齢() 歳

生理のある方は以下の月経の質問についてお答えください。

- ・最終月経： 年 月 日 ~ 月 日 (日間)
- ・月経周期： 規則的(日周期) 不規則(バラバラ・だいたい 日 ~ 日周期)
- ・月経の色： 淡紅 鮮紅 暗紅 チョコレート色
- ・月経量： 多い 中位 少ない
- 生理痛がある 月経時に母指頭大以上の血塊が混入する 月経血がヨーグルト状
- 月経前に乳房がはる 月経痛は() 日目に強い 出血は() 日続く
- ・痛み止めを飲んでいますか
 - はい 薬の名前()
 - いいえ

セキールレディースクリニック 問診票（初診時マイナ保険証用）

当てはまるものに☑または記入をして下さい。

記入年月日令和_____年_____月_____日

フリガナ
氏名：_____

生年月日：☐昭和・☐平成・☐令和 _____年_____月_____日

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

☐いいえ(加算 6 点)

☐はい(加算 2 点)

2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

☐いいえ(紹介状 無…加算 6 点/有…加算 2 点)

☐はい(加算 2 点)

3. この 1 年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 受診日_____年_____月

⇒ 指摘事項(_____)

<4と5は女性の方のみお答え下さい>

4. 現在妊娠していますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 妊娠(_____週)

☐妊娠の可能性がある

5. 現在授乳中ですか？

☐いいえ

☐はい

<6~8は漢方外来受診の方のみお答え下さい>

6. 現在、他の医療機関に通院していますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 病院名(_____)病名(_____)

7. 現在常用している薬はありますか(サプリメント含む)

☐いいえ

☐はい

⇒ 薬品名(_____)

8. これまでに薬や食品などでアレルギーをおこしたことがありますか。

☐いいえ

☐はい

⇒ 何で(_____)

⇒ 症状(_____)

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います。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算 1…6 点 / 加算 2…2 点