《初診用問診表》

初診日付　　年　　月　　日　　紹介者名

氏名　　（男・女）

生年月日　　年　　月　　日生　　（　　歳）

住所　　〒
（マンション名）

・自宅電話番号
・携帯電話番号
・メールアドレス

仕事の種類　　仕事の内容

家族構成

身長（　　）ｃｍ　　体重（　　）ｋｇ
血圧（　　）ｍｍＨｇ

・現在服用中の薬（サプリメント含む）

・行っている健康法などがあれば教えてください

・肉親の病気（成人病などの遺伝的傾向）を教えてください

・何か持病があれば教えてください

・今一番つらい症状・治したい症状　（　　）

・その症状はいつからですか　（　　）

・どのような状態ですか（急に起こった・徐々に起こった）

・どのような感じですが（例：刺痛、鈍痛、絞めつけ、不快感、その他）

・その症状の出る部位は移動したり、ずれたりしますか（はい・いいえ）

・症状がつらくなる時期
（春・夏・クーラーで・秋・冬・暖房で・季節の変り目・梅雨時）

・症状がつらくなる日（暑い日・寒い日・雨天・乾燥した日・その他）

・症状がつらくなる時間（朝・昼・夕・深夜）

・症状がつらくなる時（イライラしたとき・精神疲労時・肉体疲労時・
睡眠不足時・常時・一定しない・その他）

・その症状は入浴するとどうなりますか

・その症状は運動するとどうなりますか

・その症状は悪化傾向にありますか

・その症状は、
１）今回が初めて
２）起こったことがある（何歳頃ですか＝　　才）
３）前からよく起こった（いつ頃から起こりましたか＝　　）

・どのような時に起こることが多いと思いますか

・その症状は何をすると、またはどんな時に悪化しますか

・その症状は何をすると、またはどんな時に緩和されますか

・今回の症状が起こった原因は何だと、ご自身では何だと思われますか

・今回の症状が起こる前に

・肉体的に無理をしていましたか？

・精神的に無理をしていましたか？

・風邪を引いていましたか？

・生活環境が変化しましたか？

生活環境はどのように変化しましたか

今回の「症状が起こると同時に」出てきた症状や体調の変化などはありますか

食欲不振・異常食欲・口が渇く・口が苦い・口内炎・味覚異常

便秘・下痢・腹満・動悸・体重の減少・体重の増加

身体がだるい・のぼせ・ふらつき・こぶらがえり

耳鳴り・目が疲れ易い

眠りに入り難い・眠りが浅い・夢をよく見る・朝起き難い

・その他なにか気づかれた変化など、ございましたらご記入ください

・現在の症状に対して今まで治療を受けましたか（受けた・受けていない）

今までに治療を受けた方にお聞きします。

1, 治療を受け始めた時期　　年　　月　　日

2, 治療を受けた期間　（　　日間 ）

3, 治療所名

4, 診断名

5, 治療部位

6, 治療方法

7, 治療効果

・今一番つらい症状は

（全身的な体調の変化・精神状態の変化）に合わせて変化しますか

1, 変化する　　2, 変化しない　　3, よく判らない

・他に治していきたい症状はありますか

・今までかかった大きな病気がありましたら、以下の順序で上げてください

1,病名
2,年齢
3,症状
4,診療所名
5,処置
6,その後の経過

●ふ だ ん の 状 態 に つ い て お 聞 き し ま す

今回の「症状とは関係なく」、普段どのような時に全身の状態が変化しますか
（良い変化〇：悪い変化×）

1,春・夏・クーラー・秋・冬・暖房・梅雨時・季節の変り目・雨の日
2,朝・昼・夕・深夜
3,入浴中・入浴後・入浴の翌日
4,肉体疲労時・気を使った後・睡眠不足のとき・旅行の後
5,風邪を引いたとき
　よく風邪を引く
　風邪を引くとどのような状態になりますか
　くしゃみ・はなみず・さむけ・のど痛・発熱・下痢・便秘
　食欲不振・嘔吐・頭痛（前・後・左・右）・肩凝り　・動悸
6,食前・食後・食べすぎ・飲みすぎ・便秘・下痢
7,その他、全身の状態が変化する時があれば記入してください

食欲についてお聞きします

・食欲は(大食・普通・小食)である

・食欲は若い頃から同じような状態ですか
　（　　歳頃より食欲が落ちてきている）

・食事時間は（ 規則的・不規則　）である
　（朝食　　時）（昼食　　時）（夕食　　時）

・食事時間は十分ありますか
（早食い・１５分・３０分以上・食べるのは遅い）

・食事前には空腹感がありますか
（ない・めったにない・時々・よくある・いつも）

・食事はよく噛んで食べますか
（よく噛む・普通・噛まないことが多い）

・食事はおいしく食べられますか
おいしい（ない・めったにない・時々・よく・いつも）
おいしくない（味を感じない・違う味を感じる）

・食後に（お腹が張る・胸焼け・腹痛・胃もたれ）がありますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・食後は（しんどくなる・眠たくなる・肩がこる・背中が痛む）ことが
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・ よく食べる食べ物を上げてください（白米を含む）

・食べ物に好き嫌いはありますか（あれば、それぞれ教えてください）
・好きな物→
・嫌いな物→

・間食はとりますか（毎日・一日二回以上・よくある・週一回・月一回・ない）
どのようなものを、いつ頃から取り続けていますか

・体重の変化がありましたか（　　年前から、　　キロ程、増えた・減った）

飲酒　（する・ほとんど飲まない・飲めない）
どのくらい飲みますか（ 毎日 ・ 週に　　日 ・ 月に　　日 ）
何を、どれくらい飲みますか（　　）
（　　歳から　　年間）

タバコの本数 （ 一日　　本 ）（　　歳の頃から　　年間続けている ）
（　　歳から　　歳まで　　年間続けていた ）

飲み物についてお聞きします
・一日に飲む飲み物の量は（多い、人並み、少ない）
（計　　ＣＣくらい飲む）
・普段よくのむ飲み物の種類はなんですか

（ 口・舌・喉 ）　は渇きますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）
（ 口・舌・喉 ） が （ 苦い ・ 甘い ・ 粘る ・ 違和感がある ）
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

大便についてお聞きします
・（　　日）に　（　　回）くらい出る

・便は（軟便・普通便・便秘）が多い

・大便の形は（太い・バナナ・細い・コロコロ・軟便・下痢状・水状
おわりだけ軟便・便秘と下痢を繰り返す）

・大便が出切っていない感じがすることはありますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・大便の量は（多い・こぶし大・少ない）

・大便が便器に付着して取れ難いようなことがありますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・大便の臭いは（きつく臭う・普通）
（いつも臭う・よく臭う・時々臭う・めったに臭わない・臭わない）

・大便の後は
（スッキリする・疲れる・汗がにじむ・息切れする・悪寒・腹痛・その他）

・大便の後は、肛門は（痛い・熱い・切れる・何ともない）

・（下痢・腹痛）をおこすことが（よくある・時々・めったにない・ない）

・便秘でお腹が張ってつらい
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・便秘で薬を服用している
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）
薬の種類　（　　）

・薬を服用して便の状態は変化しましたか（硬い・普通・軟らかい）
・薬を服用して体調に何か変化はありしましたか
・薬を服用しないときの便の状態は（硬い・普通・軟らかい）

小便についてお聞きします
・一日に（　　回）くらい出る

・尿の出が悪いときはありますか

・残尿感はありますか（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・（尿切れが悪いとき・尿漏れ）はありますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・尿の色が悪いことがありますか（赤濁・白濁・赤茶色・茶色・黄色）
（いつも・よくある・時々・めったにない・いつも透明）

・夜間排尿に起きますか　　一晩に（　　回）
（ 毎日　・　週に　　日　・　月に　　日　・　寒い季節だけ　）

睡眠についてお聞きします
・就寝時刻（　　時）　　起床時刻（　　時）

・寝つきは（よい・普通・悪い）

・眠りは（浅い・途中で起きる・一度目が覚めると眠れない・普通・深い）

・（歯ぎしり・寝言・夢遊癖）がある

・寝起きは（よい・普通・悪い）

・昼寝を（する・しない・時々する・休日のみする）

・翌日に疲れが残ることが
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・夢は（よく見る・見ない）
夢の内容はどのようなものが多いですか

その他の質問

・冷え症である（はい・いいえ）、冷えるならどこが（　　）

・（ストレスを感じやすい・イライラしやすい・
落ち込みやすい・気分に波がある・その他　　）

・何分くらい歩いていますか（毎日・週に　　日）（　　分間歩く）

・血液検査で、「B 型肝炎・C 型肝炎・HIV エイズ」 のどれかが
一度でも見つかったことがありますか（はい・いいえ）

・血液検査で何か異常を指摘されたことがあればその内容を記入して下さい

その他　身体の事について、何かお気づきのことがあれば記入して下さい