《初診用問診表》（女性用）

初診日付　　年　　月　　日　紹介者名

・ふりがな
・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

・職業　　・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）

・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：「痛い」など、）

・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（どのくらい前ですか＝　　）
　　（何回くらい起こりましたか＝　　）

・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

・下記のうち当てはまるものには○をしてください。

また「今回の症状が起こると同時に」出てきたものには◎をしてください

食欲不振・異常食欲・口が（渇く・苦い・酸っぱい）・味覚異常

口内炎・げっぷ・便秘・下痢・腹満感・体重の減少・体重の増加

動悸・不安感・イライラ・抑うつ感

身体がだるい・のぼせ・ふらつき・こむらがえり・しびれ

頭痛・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, 治療方法

7, 治療効果（あった・なかった）

・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, その後の経過はどうなりましたか

・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○: 悪い変化 ×）
1, 春・夏・秋・冬・クーラー・暖房・梅雨時・季節の変り目・雨の日
2, 朝・昼・夕・夜
3, 入浴中・入浴後・入浴の翌日
4, 肉体疲労時・精神疲労時・睡眠不足のとき・旅行の後
5, 食前・食後・食べすぎ・飲みすぎ・便秘・下痢
6, 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

・風邪は年何回・いつ引きますか
（年　　回）（春・梅雨・夏・秋・冬・季節の変わり目・その他　　）
・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・肩凝り・動悸・その他（　　）

食欲についてお聞きします
・食欲は (大食・普通・小食) である

・食欲は若い頃から変化がありますか
（　　歳頃より食欲が落ちてきている）
（　　歳頃より食欲が増してきている）

・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
（ない・めったにない・時々・よく・いつも・味を感じない・違う味がする）

・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、増えた・減った）

・ダイエットをしていますか（はい・いいえ）（ダイエットの内容　　）

・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 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・酸っぱい・粘る・その他　　）
（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
・便秘で薬を服用していますか　（はい・いいえ）
服用している場合の頻度（週に　　回、服用する）
薬の種類　（　　）

・便秘でお腹が張ってつらいことがありますか
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・便は（　　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・あまり臭わない）
きつく臭う場合（いつも・よくある・時々）

・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（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

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
（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・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）

・（寝汗・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）

・何か運動をされていますか（内容　　）（週　　日）

・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

婦人科の状 態 についてお 聞きします

・今現在（閉経している・薬で生理を止めている）

※上の問いに当てはまる方は、これからの問いに対して
生理があった時期のことを、書ける範囲で書いて下さい

・今一番つらい症状（治したい症状）と　生理の状態とは関連がありますか
（関連している・関連していない・判らない）

・生理の状態と今一番つらい症状とが関連しているのであれば、

1, 生理のどの時期に症状が悪化しますか

2, 生理のどの時期に症状がよくなりますか

3, 生理の状態は、この症状が出てから変化しましたか

・婦人科の病気になったことはありますか。次の順序でお答えください

1, 病名
2, 年齢
3, 症状
4, 診療所名
5, 処置
6, その後の経過はどうなりましたか

・生理が始まったのは（　　歳）　　生理が終ったのは（　　歳）

・周期は

１、定期的（　　日型）
２、不規則（早い・不安定・遅れる）
（　　日に　　回）または（　　ヶ月に　　回）
３、周期が変化したことが（ある・ない）

・期間は（　　日間）続く

・生理の終わりは
（徐々に減少して終わる・ダラダラと出血が長引く・その他　　）

・生理の血の色（濃い・出血したときの色・薄い）

・生理の血の形状
　塊の有無（親指大の塊・小指大の塊・小さい塊・塊は無い）
　血に（粘り気がある・普通の血液状・サラサラしている・その他　　）

・生理の血の量は（多い・普通・少ない・判らない）

・生理の血の量が多い時期はいつごろですか
（初日・２・３・４・５日目・その他）
・不正出血することが（ある・ない）

・最近出血の色が（薄く・濃く・黒っぽく・不変）なった

・最近出血の量が（多く・少なく・不変）なった

生理が起こることによる体調不良についてお聞きします
・（いつも・よくある・時々・めったにない・ない）

・時期（生理前・生理中・生理後）
・状態で当てはまるもの全てに○をしてください
胸のはり・腰の痛み・下腹部の痛み・発熱・寒気・吐き気
イライラ・頭痛・むくみ・寝込む・疲れる・だるい・汗がでる
肩がこる・肌荒れ・陰部が痒い・鼻血・風邪をひく・どこかが冷える
その他（　　）

・排卵期に体調の変化はありますか
変化の内容（　　）
部位（　　）

・生理の前後に食欲に変化はありますか
変化のある時期（前・中・後）
変化の内容（食欲が増す・食欲が減る・その他　　）

・生理の前後に便の状態に変化はありますか
変化のある時期（前・中・後）
変化の内容（　　）

・生理の前後に睡眠の状態に変化はありますか
変化のある時期（前・中・後）
変化の内容（　　）

・生理の前後に気分の変化はありますか
変化のある時期（前・中・後）
変化の内容（イライラ・落ち込む・衝動買いしたくなる・嬉しい
悲しい・掃除したくなる・わずらわしい・その他　　）

・生理の後、全身の状態は（すっきりする・変わらない・しんどい・その他　　）

・その他、生理に伴う症状があれば記入してください。

妊娠の状態についてお聞きします
・出産した回数（　　回）（正常・逆子・微弱陣痛・早産・帝王切開）

・流産したことがありますか（自然　　回・人工　　回）

・今までの出産歴と流産歴を年齢別に全て記載してください

・出産あるいは流産した後　体調は変化しましたか（はい・いいえ）

・出産あるいは流産した後　今回の主訴は変化しましたか（はい・いいえ）

・出産あるいは流産した後（髪質・爪・歯・その他　　）の状態が変化した
　変化した場合、その状態が（もう元に戻った・まだ元に戻らない）

・出産あるいは流産した後　生理の状態は変化しましたか（はい・いいえ）
　変化の内容（周期・量・色・塊の有無・その他　　）

・出産あるいは流産した後　完全に復調していると思いますか　（はい・いいえ）

・出産後　母乳はよく出ましたか（はい・いいえ）

・肥立ちは順調でしたか（はい・いいえ）

・授乳期間終了後、すぐに生理は始りましたか（はい・いいえ）

不妊治療歴（不妊治療を受けたことのある方はご記入下さい）
・結婚年齢（　　才）　妊娠を希望し始めた年齢（　　才）

・病院で不妊治療の基礎的な検査は受けましたか
　ホルモン検査・卵管造影・フーナー検査・内視鏡検査・その他（　　）
　男性側の検査を（受けた・受けていない）
　病院で指摘された問題点（女性側　　男性側　　）

・自分でのタイミングをあわせて（　　年　　か月）
　病院でのタイミング指導（期間　　）（回数　　）
　薬の使用（有・無）（薬剤名　　）

・人工授精について（期間　　）（回数　　）
　薬の使用（有・無）（薬剤名　　）

・体外受精について（期間　　）（回数　　）
（誘発方法　　）薬の使用（有・無）（薬剤名　　）
内容・結果などもご記入下さい