漢方外来問診表(男性用)

(新・再) 年 月 日

| | ふりがな | | | | 昭和 • 平 | 成 | 身長 | i |
|------|---|--|---|--------|----------------|----------|-------|------------|
| 氏名 | | | | 生年 | | | 71 10 | cm |
| | | | | 月日 | 年 | 月 日 | 体重 | |
| | | | | | | (才) | 14.7 | kg |
| 特記事項 | ③ アレルキ※ありの方④ お薬・食⑤ 自動車・⑥ 嗜好品・タパコ | Pレルギー 【 なし ・一体質 【 なし (喘息 花粉症 ・べ物によるアレルギー 機械の運転【 しな (吸う (ール (飲む・飲 | あり 】 (あり 】 アトピー じんましん (あり) はい する 】 本/日)・吸わない | 1 | | 光線過敏 その代 | 也···· |) |
| | 体格 | やせ型 | 普通 | 太 | り気 味 | 水太り | | 筋肉質 |
| | | 虚弱 | 疲れやすい | 風邪を | 引きやすい | 腺病質 | | 普通·丈夫 |
| | | 冷え性 | 汗かき | | 書がり | 朝方顔がむく | む 手 | 足がむくみやすい |
| 体質 | | からだに熱感がある | のぼせ感がある | 手足がほてる | | 足・腰がだるに | ١, | 耳鳴りがある |
| 体調 | | 寒がりである | めまい・ふらつきがある | 手足 | が冷える | 腰痛がある | 7. | 友間にトイレに行く |
| | | イライラすることがある | 怒りっぽいといわれる | 憂うつにな | なることがある | 意欲が湧 | かない | ことがある |
| | | 肩こりがひどく | なることがある | 明るい | | 楽天的·気長 | | 5.長 |
| 睡 | 眠 就寝 時 | 眠れない | 寝つきが悪い | 眠り | が浅い | 夜中目が覚め | る | いつも眠い |
| | 起床 時 | よく夢を見る | 寝汗をかきやすい | 朝ま | でグッスリ | | | |
| | 疲労性 | 疲れを感じやすい | 精神的ストレ | ノスで疲れ | าอ | 肉体的に疲れ | る | 疲れにくい |
| | 血 圧 | (/ mghg) | 低い | 普 | . 通 | 高い | | 安定しない |
| | 大 便 | (1日 回) | 軟便・下痢ぎみ | 普 | · 通 | スッキリ出る | 時 | 間をかけないと出ない |
| | 八氏 | 便 秘・下 | 痢・繰返し | ٦٢ | コロ便 | 便 秘 | | 下痢しやすい |
| | 小便 | (1日 回) | (多・少)尿 | 無色・責 | 黄(濃・薄) | 血尿 | | 夜 間 尿 |
| | 小 使 | あわだつ | 糖 尿 | タン | パク尿 | 残 尿 感 | | 尿の出が悪い |
| | 頭顔 | 頭 痛・頭 重 | のぼせ・赤ら顔 | め | まい | 顔色(良・悪 |)起 | 床時の頭痛(有・無) |
| | 耳∙鼻∙目 | 耳 鳴り | 鼻血を出しやすい | 鼻 | づまり | 充血し易い | | |
| | 首∙肩∙背 | 首筋のこり | 肩のこり 背中の | | 背中の(こ | こり 痛み) | | 背中の冷え |
| [| コ・舌・のど | 口唇(赤黒い・赤い) | 口苦・口乾・口渇 | 舌苔 | (黄・白) | 喉がつかえる | 5 | よく喉が痛む |



| | 胸•脇 | 胸がつかえる | 胸苦しい | 動悸・息切れ | 胸・痛 | みぞおちの張った感じ |
|-----|----------|-----------------------|--------|-----------------|--------|------------|
| 胃 | 食事(1日 回) | 食欲(旺盛) | 食欲(不振) | 胸 や け、酸っぱい水が上がる | | |
| | | 胃がよく痛む | 胃が重苦しい | 吐き気があることがある | 喉がつまった | た感じがある |
| | _, | 腹鳴 | 腹が張る | ガスがよく出る | 腹が冷える | 腹で動悸する |
| 腹 | | 膨満感 | | | | |
| | | 性欲はある | | 性欲減 | | |
| SEX | | 勃起しやすい | | 性欲はあるか | | |
| | | 精液の量 (多い 普通 少ない)と思う | | | | |

| [日常気になる体の変化について、小さなことでも気になることをご記入下さい。] |
|--|
| [日市気にはる神の変化について、小ではことでも気にはることをこむ人下でい。] |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| [過去の病歴について、時期、経過、治療内容を具体的にご記入下さい。] |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |