

予診表

★ 東洋医学では、関係ないと感じられるものでも大切な情報となります。
お手数ですがご協力下さい。書きたくない所は無理に書かなくても結構です。

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女)
身長 _____ cm 体重 _____ kg 平熱 _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg

① もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか？

.....

② それらの病気や症状は、いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

.....

③ その症状はどのようなときに悪くなりますか？
(季節、天候、時間帯、生理との関連、運動開始時、運動後など)

.....

④ 現在、医療機関におかかりですか？

診断名

薬品名

⑤ 今までに交通事故に合われたことはありますか？

無 ・ 有 (時期及び状況))

⑥ 今まで何らかの手術を受けたことがありますか？

無 ・ 有 (時期及び手術内容))

⑦ 今までに顎関節や歯列の矯正をされたことがありますか？

無 ・ 有 (時期))

⑧ 今までに骨折や捻挫等の怪我をされたことがありますか？

無 ・ 有 (時期及び箇所))

⑨ 肝炎・エイズ等血液感染の恐れのある病気に感染していますか？

無 ・ 有 (病名))

⑩ 現在の症状や普段の体質傾向についてお答え下さい。
(該当する症状に○印、著しく該当する場合は◎印をつけてください。)

(1) 食欲 (良い・普通・低下・ない・自分で制限している)

朝食_____時頃 おおよそのメニュー ()

昼食_____時頃 おおよそのメニュー ()

夕食_____時頃 おおよそのメニュー ()

間食_____時頃 おおよそのメニュー ()

間食_____時頃 おおよそのメニュー ()

好きな食べ物 ()

(2) 酒 (無・有) (日本酒・ビール・焼酎・ワイン・他)

頻度_____日/週 量 (_____)

タバコ 今まで一度も無・かつて吸っていた・現在も吸っている (本/日)

その他嗜好品 ()

(3) 就寝_____時頃・不定期 起床_____時頃・不定期

睡眠の質 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・よく目が覚める・よく夢を見る・
いびきをかく・歯軋り・寝汗)

(4) 便の回数_____回/_____日

便通 (普通・便秘・下痢・下痢と便秘が交互にくる)

便の性状 (普通・水様・泥状・軟便・硬く細長い・コロコロ便・

粘血便・鮮やかな血が混じる・黒い便)

腹のはり (有・無) 下剤の服用 (有・無)

(5) 一日の尿の回数_____回/日

夜、寝てからトイレにおきる 有 (回)・無

尿の色 (普通・濃い・薄い) 残尿感 (有・無) 排尿時痛 (有・無)

(6) 月経 (有・無) 初潮_____歳 閉経_____歳 最終月経_____月_____日

周期 (日・不定) 日数 (日・不定)

月経痛 (無・有) 痛み止めの服用 (有・無) 月経量 (普通・少ない・多い)

帯下 (有・無) 性状 ()

妊娠暦_____回 出産暦_____回 自然流産_____回 人工流産_____回

◆ 痛み (腰・膝・肩・背・腕・手指・足・他) こわばり (手指・他)

こり (肩・背・首筋・腰・他) 張れ (膝・肘・手首・他)

しびれ (腕・手指・もも・足・他) ほてり (手のひら・足の裏・他)

神経痛 / 筋肉痛 / 足がつる / 筋力低下 / 打撲 / 関節可動域制限

◆ 寒がり / 熱がり / のぼせ / 冷えのぼせ / 昼間も眠気が強い

風邪を引きやすい / 汗が出ない / 汗がジトジトと止まらない / 寝汗

寒気 (さむけ) / 悪風 (風に当たると不快) / 発熱 / 微熱 / 体重増加 /

体重減少 / 過食 / 拒食 / 疲れやすい / 体が重い・だるい

◆ 冷える (全身・手・足・腹・腰・背・他)

汗をかきやすい (全身・頭・上半身・手のひら・足の裏・他)

浮腫 (全身・顔・足・腕・他) (いつも・朝方・昼間・夕方)

