

ふりがな		生年月日 M, T, S, H, R		年	月	日
患者様氏名 NAME		DATE OF BIRTH		Y	M	D
ご住所 〒 PRESENT ADDRESS						
お電話番号 TELEPHONE NUMBER			( ) ( )	ご職業 OCCUPATION		
いつから始 まりどの様な 状態ですか		一番をおし たいこと				
家 族 歴		父 ( )才 健 病 死 (病名 )		配偶者 ( )才		
		母 ( )才 健 病 死 (病名 )		健 病 死		
結 婚		未婚 結婚後 ( )年 子供 ( )人		自然流産 ( )回		人工流産 ( )回
今迄に罹った 大きな病気				身長	CM	
				体重	KG	
				血液型	型	
特に 当てはまるものを○ にひ いもの をを○ で 聞 んで 下 さい。		<食 欲> よい ふつう ない <睡 眠> よい 眠れない <小 便> 1日に ( )回位 夜間に ( )回位 1回量が多 普 少 <大 便> ( )日に ( )回位 硬い ふつう 軟い 下痢 出にくい 痔がある 下剤を服用しているならその名称 ( ) <生 理> 順 不順 生理痛がある 帯下がある 閉経 ( )才 くしゃみ 鼻汁 鼻づまり のどが痛む 咳 痰 喘鳴 息切れ 動悸 胸痛 口が苦い 生唾がでる ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 腹痛 腹が張る 腹鳴 ガスが多い 頭痛 頭重 めまい 立ちくらみ 耳鳴 のぼせる イライラする 視力低下 目がつかれる 首のうしろがこる 背中がこる 肩がこる 腰痛 手足が痛む しびれる ふるえる 冷える ほてる むくむ 疲れ易い 口渇 多汗 寝汗をかく 顔がむくむ				
現在、他の 病院に入院 している人に		病院名 いつから 診断名		服用薬の名称		
今迄に服用 した漢方薬		ない ある		煎じ薬： 薬の名称 {錠剤又は粉薬：		
好んで 食べる物		甘いもの 塩からいもの 辛いもの 酸いもの 油こいもの 肉(牛 豚 鳥) 魚 野菜 海草 卵 牛乳 果実 菓子				
嗜 好 品		日本酒 ビール ウイスキー 1日 ( ) タバコ 1日に ( )本 コーヒー 紅茶 1日 ( )杯				