

年
月 日

漢方問診は患者さんの体質判断において重要なデータとなります。
蓮子堂漢方薬局の漢方問診は漢方治療のみが目的です。個人情報厳守いたしますのでご安心ください。
治療経過を患者さんの声で掲載させていただくことがあります。掲載不可の場合は事前におっしゃってください。

お名前				
性別	☐ 男	☐ 女		生年月日 年 月 日
	☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 出産経験有り			
ご住所	〒			
電話				
主訴	(色々ある症状の中で、一番治したい症状・お病気をお書き下さい)			
医療機関での診断名	(自己判断ではなく、病院・医師による診断名をお書き下さい。分からない場合は記入の必要はありません。)			
現在の主な症状				
発病時期				
治療歴	(発病より現在までの治療歴、治療薬、治療経過等、分かる範囲でお書き下さい。)			
現在の服用薬	(漢方薬、病院薬、市販薬、健康食品等、分かる範囲でお書き下さい。)			
病歴	(今までにかかったお病気等ある方は、時期と病名をお書き下さい。)			
副作用歴・アレルギー歴	(アレルギーがある方・薬を飲んで副作用のご経験がある方はお書き下さい。)			
身長・体重	身長	cm	体重	kg
血圧(分かる方はお書き下さい)	最高血圧		最低血圧	

飲酒	☐ 週2回以上 ☐ 月2～3回 ☐ 殆ど飲酒しない
顔色	☐ 赤い ☐ 普通 ☐ 貧血色 ☐ 色白 ☐ 色黒
冷え・のぼせ	☐ 冷え性 ☐ のぼせ症 ☐ 冷え・のぼせ症 ☐ 普通
冷える部分	☐ 足のみ ☐ 手足のみ ☐ 身体全体 ☐ 無し
口の渇き	☐ 口が渇く ☐ 普通 ☐ 乾かない
お茶、水分等の摂取	☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない
発汗	☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない
寝汗	☐ 有り ☐ 無し
小便(回数)	☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない
小便色	☐ 色濃い ☐ やや黄色い ☐ 透明
食欲	☐ 多い ☐ 普通 ☐ 少ない
胃症状	☐ 胃痛 ☐ 胸焼け ☐ 吐き気 ☐ 胃症状無し (複数選択可)
便通	☐ 硬い ☐ 普通 ☐ 時々下痢又は軟便 ☐ 軟便が多い ☐ 下痢が多い
便秘薬	☐ よく服用 ☐ 時々服用 ☐ 服用しない
睡眠	☐ 寝つきが悪い ☐ 一度目が覚めると眠れない ☐ 普通 ☐ 夢をよく見る
睡眠時間	平均睡眠時間 ()時間 就寝時間()時 起床時間()時
動悸	☐ よくする ☐ 時々する ☐ しない
睡眠薬・安定剤	☐ よく服用 ☐ 時々服用 ☐ 服用しない
生理 女性のみお答え下さい	☐ 不順 ☐ 順調 ☐ 生理がない
生理痛 女性のみお答え下さい	☐ 強い(要鎮痛剤) ☐ 有り ☐ 殆どない
生理周期 女性のみお答え下さい	生理周期 日周期 生理期間 日間
要望	☐ 現状の症状を改善したい
	☐ 体質改善を含めて、現在の症状を改善したい
	☐ その他:
	☐ 一包化希望

ここまでご記入下さい

○舌苔 無 薄い 中間 厚い ○舌苔色 微薄 白 微黄 黄色 黒色 ○裂紋 地図状 舌先
 ○舌体 燥 中間 湿 ○舌下静脈 怒張 有 少 無 ○歯痕 大 有り 無 鋭角
 ○眼瞼結膜 正常 貧血

年月日	症状	糸練功・漢方薬