

# 初診用問診表

氏名

男女 年 月 日生 歳  
初診日付 年 月 日 紹介者名  
住所  
電話番号 連絡先電話番号  
携帯電話番号 メールアドレス  
仕事の種類 仕事の内容  
家族構成  
血圧 体重 身長  
肉親の病気の遺伝的傾向（成人病などあれば）

今一番つらい症状・治したい症状はなんですか

どのような状態ですか(急に起こった・徐々に起こった)

つらい時期(朝・昼・夕・深夜)

つらい時期(イライラしたとき・常時・一定しない)

つらい時期(春・夏・クーラーで・秋・冬・暖房で・季節の変わり目・梅雨時)

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

何歳頃ですか

3) 前からよく起こった

いつ頃から起こりましたか

何回くらい起こりますか(年・月・週) 回

どのような時に起こることが多いと思いますか

他に治していきたい症状はありますか

## 今一番つらい症状についてお聞きします

今一番つらい症状は今回はいつごろから始まりましたか

今回の症状が起こる前に

肉体的に無理をしましたか？

精神的に無理をしましたか？

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

今回の症状が起こった原因は何だと、ご自身では思われますか

今回の症状が起こると同時に出てきた症状や体調の変化などがありますか

痛みの部位：

かゆみの部位：

食欲不振・異常食欲・口渇・口苦・口内炎・味覚異常

便秘・下痢・腹満・動悸・体重の減少・体重の増加

むくみの部位： むくむ時期：朝・夕

身体がだるい・のぼせ・ふらつき・こぶらがえり

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ことがございましたらご記入ください

今一番つらい症状は、全身的な体調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

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)

治療を受けた方にお聞きします。

その治療の効果はどうでしたか

次の順序で記載してください

1,治療を受け始めた時

年 月 日

2,治療を受けた期間

～

3,治療所名

4,診断名

5,治療部位

6,治療方法

7,治療効果

## ふだんの状態についてお聞きします

どのようなときに全身の状態が異常に変化しますか(良い変化○:悪い変化×)

- 1,春・夏・クーラー・秋・冬・暖房・梅雨時・季節の変わり目
- 2,朝・昼・夕・深夜
- 3,入浴中・入浴後・入浴の翌日
- 4,肉体疲労時・気を使った後・睡眠不足のとき・旅行の後
- 5,風邪を引いたとき  
よく風邪を引く  
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(前・後・左・右)・肩凝り・動悸
- 6,食前・食後・食べすぎ・飲みすぎ・便秘・下痢
- 7,その他

食欲についてお聞きします＝大食・普通・小食

食欲は若い頃から同じような状態ですか

( 歳頃より食欲が落ちてきている)

食事時間は一定していますか＝規則的・不規則

(朝食 時・昼食 時・夕食 時・夜食 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

おいしい(ない・めったにない・時々・よく・いつも)

おいしくない(味を感じない・違う味を感じる)

食後にお腹が張ったり胸焼けがすることがありますか

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

よく食べる食べ物を上げてください(白米を含む)

食べ物に好き嫌いがありますか(5種類ずつくらい上げてください)

間食はとりますか(一日二回以上・毎日・よくある・週一回・月一回・ない)

どのようなものをいつごろから取り続けていますか

タバコの本数(一日 本以上)( 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)

飲酒(毎日・週四五回・月四五回・ほとんど飲まない・飲めない)

(ビール 本)( 杯)( 歳の頃から 年間)

( 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＝100CCの湯呑で 杯以上

200CCのコップで 杯以上

飲み物の種類 計 CC以上

(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)(苦い・甘い・粘る・違和感がある)ようなことはありますか

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

大便についてお聞きします( 日に 回出る)

便秘でお腹が張ってつらい

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

便秘で薬を服用している

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

薬の種類

薬を服用したときの便の状態・薬を服用して体調は変化しましたか

薬を服用しないときの便の状態はどうか

大便が出切ら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)

大便の形は(太い・バナナ・細い・コロコロ・軟便・下痢状・水状)

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・くみ取り程度・普通)

(いつも臭う・よく臭う・時々臭う・めったに臭わない・臭わない)

小便についてお聞きします( 日に 回出る)

残尿感がありますか(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

尿の切れ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)

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( 回 時 時 時間おき)

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

睡眠についてお聞きします=就寝時刻

起床時刻

寝つき(よい・普通・悪い)

眠りは(浅い・深い・夢をよく見る・夢は見ない)

寝起き(よい・普通・悪い)

翌日に疲れが残ることはありませんか

(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

夢の内容はどのようなものが多いですか

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  
(ただし盲腸の手術以上)

1,年齢 2,症状 3, 診療所名 4,病名 5,処置 6,その後の経過

## 婦人科の状態についてお聞きします

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  
(1,関連している 2,関連していない 3,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,生理の状態も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,年齢 2,症状 3, 診療所名 4,病名 5,処置 6,その後の経過

生理の状態についてお聞きします

生理が始まったのは 歳 生理が終ったのは 歳  
周期は 日型 日間ある 不規則(早い・不安定・遅れる)

### 生理周期に伴う体調不良がありますか？(いつも・よくある・時々・めったにない・ない)

☆高温期(生理前の時期)に体調の変化があれば記入して下さい  
時期(生理前7日ごろから、生理前2,3日頃から、そのほか( ))  
状態(胸のはり、腰の痛み、下腹の痛み、吐き気、発熱、イライラ、  
精神的な症状( ) 疲れ、寝込む、頭痛  
そのほか( )  
部位(腰・下腹部・乳房・目・脚)(頭=前・後・左・右)

☆排卵時期に体調の変化はありますか？  
状態、部位( )

生理の時期に体調の変化はありますか？

高温期にでていた症状が納まりますか？  
(はい、いいえ、変化なし、そのほか( ))  
生理痛はありますか？ (はい、いいえ)  
生理痛の時期 (初日、2日目、3日目、4日目、5日目以降 そのほか( ))  
痛みの種類、状態 (刺痛、鈍痛、そのほか( ))

生理の血の色(濃い・出血したときの色・薄い) 色  
生理の血の形状  
親指大の塊・小指大の塊・小さい塊・粘った膜  
濃血・血液・サラサラ・水様  
生理の血の量(異常に多い・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日目、3日目、4日目、5日目以降 そのほか( ))

☆そのほか生理に伴う症状があれば記入して下さい  
( )

妊娠の状態についてお聞きます

何回出産したことがありますか( 回)(正常・逆子・帝王切開)  
何回流産したことがありますか(自然 回・人工 回)  
出産と流産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

出産あるいは流産した後 生理の状態は変化しましたか

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

出産後 母乳はよく出ましたか

## 不妊治療暦（不妊治療を受けたことのある方はご記入ください）

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  
病院で指摘された問題点など（女性側問題、男性側問題）

自分でのタイミングをあわせて（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_ヶ月）

病院でのタイミング指導

期間\_\_\_\_\_ 回数\_\_\_\_\_ 病院名\_\_\_\_\_

薬の使用の有無、内容

人工授精について

期間\_\_\_\_\_ 回数\_\_\_\_\_ 病院名\_\_\_\_\_

薬の使用の有無、内容

体外受精について

期間、回数、誘発方法、凍結の状態、病院名  
薬の使用の有無、内容、結果などを順番にご記入ください  
（書ききれない場合は、別紙にて記入してください）