

FAX問診票

記入日 年 月 日

お名前 才 男・女 既婚・未婚 (どちらかに○)

今後の連絡 (①から③のお望みの連絡方法をご記入ください)

①メール (@)

②電話 (番号 - -) ③FAX (番号 - -)

身長 cm 体重 kg 血圧 最高 / 最低

一番つらい症状

いつ頃から 年 月頃から

病院には 今かかっている 以前かかったことがある かかったことはない

医師から言われた病名 ()

現在服用している薬・健康食品などの名前

過去の病歴

健康のために現在の生活習慣を変える意志はありますか? はい ・ いいえ

- 食欲は ある・ないが食べられる・まったく食べられない ●のどは 渴く・口が乾く・渴かない
- 冷たい飲み物や食べ物を 好む・嫌い ●甘い飲み物や食べ物を 大変好む・あれば食べる・嫌い
- 胃が 痛い・張る・げっぷが出る・つかえる ●のどが つかえる・異物感・痛い
- 腹が 張る・痛い・鳴る・ガスが出る ●大便秘は 毎日快調・便秘(日間隔)・硬い・軟便・下痢
- 小便 1日 回 (日中 回、夜間 回) ●腰が 痛い・冷える・張る
- 足が むくむ・冷える・ほてる ●ひざが 痛い・水がたまる ●手が 冷える・しびれる・むくむ
- 生理 痛い・不順・おりもの・筋腫・内膜症 ●神経 夜は良く眠れる・眠れない・すぐ目が覚める
- イライラする ●不安感 ●驚きやすい ●神経質 ●疲れやすい ●風邪引きやすい ●精力減退
- 舌の色 白い苔・黄色い苔・歯形がついている・縦にしわ
- 鼻がつまる ●黄色い鼻汁 ●透明な鼻水 ●鼻血
- 皮膚が かゆい・かさかさ・ジュクジュク・赤い・どこが ()・いつ (一日中・夜)
- にきび (どこに) ●目が かすむ・かゆい・涙が出る・充血・ドライアイ・白内障

- その他、気がついたことなどがありましたらご記入ください

FAX番号 : 011-702-6612