

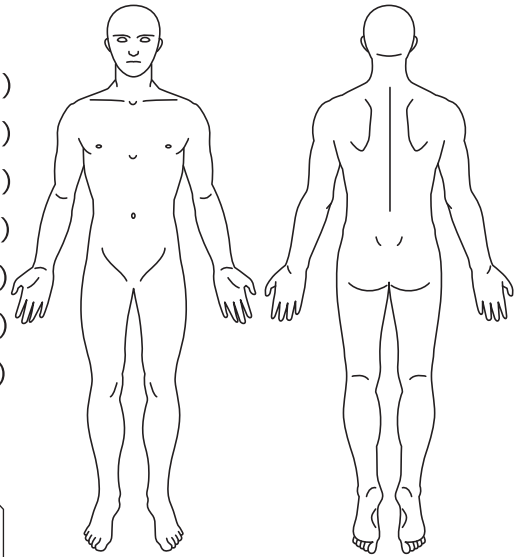
ふりがな 氏名	男・女 職業： _____ 身長： _____ 体重： _____
生年月日	M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
住所	〒 _____
連絡先	電話番号 ( ) _____ 携帯番号 ( ) _____ メールアドレス : _____
家族構成	配偶者：(未婚・既婚・離婚・死別・再婚) 子供：(なし・あり(男 人/女 人)) 同居：自分の (両親・父親のみ・母親のみ) 同居人数 _____ 配偶者の (両親・父親のみ・母親のみ) (本人含)： _____ 名
肉親の主な疾患	続柄： _____ (ガン・糖尿病・リウマチ・高血圧・脳卒中・アレルギー・膠原病) その他 ( ) _____
今一番 つらい症状・ 治したい症状	
いつから始まり どのような状態 ですか	
今までに罹った 大きな病気	手術：ある・ない _____ 輸血：ある・ない _____
アレルギー	薬 _____ 食べ物 _____
月経の状況 (女性のみ)	初経 ( ) 才 閉経 ( ) 才 最終月経 ( 月 日 ) 順・不順 月経周期 ( ) 日 出血期間 ( ) 日 出血量 (多・普通・少) 月経痛 ( ~ ) 日目 鎮痛剤を使用しているならその名称 ( ) 排卵痛 月経前の違和感・疼痛 帯下 分娩 ( ) 回 自然流産 ( ) 回 人工流産 ( ) 回

◎ 当社はまるものを  
 特こひじものを  
 で囲んでください。

【食欲】 よい ふつう ない  
 【睡眠】 よい 眠れない (寝つきが悪い・途中で目が覚める) 夢をよく見る  
 【小便】 1日に ( ) 回位 夜間に ( ) 回位 1回量が 多・普通・少  
 排尿困難 排尿痛 尿がもれる  
 【大便】 ( ) 日に ( ) 回位 硬い・普通・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 ( )

疲れやすい 気分が憂鬱になる もの忘れをする イライラする 汗をかきやすい 寝汗をかく  
 頭痛 頭重 頭鳴 耳鳴 難聴 めまい のぼせる 立ちくらみ  
 視力低下 目が疲れる 目がかすむ 目がショボショボする 目のクマがしやすい  
 くしゃみ 鼻汁 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血  
 のどが痛む のどがつかえる のどが渇く 水分をよく摂る 口の中が乾燥する 唇が乾く  
 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 乗り物酔い  
 腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスがよく出る 性欲の減退  
 爪がもろい 髪が抜けやすい 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ しもやけができる  
 足に力が入らない 足がふらつく 手がこわばる

こる (首 肩 背中 腰 その他 )  
 痛む (手 足 肩 膝 腰 その他 )  
 じびれる (手 足 その他 )  
 ふるえる (手 足 その他 )  
 冷える (手 足 腰 全身 その他 )  
 ほてる (顔 手 足 その他 )  
 むくむ (顔 手 足 その他 )



上記の図で症状のあるところを  
 // で示してください。

その他、気になる症状があればお書きください。

好きな 飲食物	甘いもの 塩辛いもの 辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの 肉(牛・豚・鶏) 魚(焼・煮・刺身) 野菜(生・温) 海藻 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料
嗜好品	酒：日本酒 ビール ウイスキー その他( ) 量( ) 週に( ) 日 タバコ：吸わない 吸っていたことがある( 才~ 才) 吸っている( 才~) 本/日 コーヒー・紅茶・日本茶・その他( ) 1日( ) 杯
当院受診の 理由 (いくつでも)	自宅から近い 勤務地から近い 知人・家族の紹介(紹介者： ) 新聞・雑誌・本でみて(名称： ) テレビ・ラジオで知って(番組名： ) 医師の勧め 講演会(名称： ) その他( )