

# 太陽堂漢薬局 漢方問診表

※漢方問診は、患者さんの体質判断に於いて重要なデータとなります。

太陽堂漢薬局の漢方問診は漢方治療のみが目的です。

患者さんのプライバシーが他に漏れることはございません。安心して問診にお答え下さい。

お名前(必須)	<input type="text"/> フリガナ <input type="text"/>
性別(必須)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日(必須)	<input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
郵便番号(必須)	<input type="text"/> - <input type="text"/>
ご住所(必須)	<input type="text"/>
TEL(市外局番より)(必須)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (携帯番号可) 太陽堂漢薬局では、患者さんのご相談問診表を電話番号で管理しています。 お問い合わせの際、この電話番号が必要となります。
FAX(市外局番より)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>
ご連絡方法	<input type="radio"/> TEL <input type="radio"/> FAX <input type="radio"/> E-mail <input type="radio"/> 郵便 ハガキ・DM等のご連絡 <input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要
主訴(必須)	<input type="text"/> 色々ある症状の中で、貴方が一番治したい症状・お病気をお書き下さい。
医療機関での診断名	<input type="text"/> 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(必須)	<input type="text"/> 出来るだけ詳しくお書き下さい。
発病時期	<input type="text"/> 例：○年位前 ○年○月位 いつごろから調子が悪くなってきましたか？いつごろお病気に気づきましたか？
治療歴	<input type="text"/> 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	<input type="text"/> 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	<input type="text"/> 今まで罹患し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	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>今まで副作用等の経験がある方はお書き下さい。</p>
アレルギー歴	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>今までアレルギー等の経験がある方はお書き下さい。</p>
身長・体重(必須)	身長 <input style="width: 40px;" type="text"/> cm      体重 <input style="width: 40px;" type="text"/> kg
血圧	分かる方はお書き下さい。 最高血圧 <input style="width: 40px;" type="text"/> 最低血圧 <input style="width: 40px;" type="text"/>
飲酒	<input type="radio"/> 週2回以上 <input type="radio"/> 月2～3回 <input type="radio"/> 殆ど飲酒しない
顔色	<input type="radio"/> 赤い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 貧血色 <input type="radio"/> 色白 <input type="radio"/> 色黒
冷え・のぼせ	<input type="radio"/> 冷え性 <input type="radio"/> のぼせ症 <input type="radio"/> 冷え・のぼせ症 <input type="radio"/> 普通
冷える部分	<input type="radio"/> 足のみ <input type="radio"/> 手足のみ <input type="radio"/> 身体全体 <input type="radio"/> 無し
口の渇き	<input type="radio"/> 口が渇く <input type="radio"/> 普通
お茶、水分等の摂取	<input type="radio"/> 多い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 少ない
発汗	<input type="radio"/> 多い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 少ない
寝汗	<input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し
小便	<input type="radio"/> 多い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 少ない
小便色	<input type="radio"/> 色濃い <input type="radio"/> やや黄色い <input type="radio"/> 透明
食欲	<input type="radio"/> 多い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 少ない
胃症状	<input type="radio"/> 胃痛 <input type="radio"/> 胸焼け <input type="radio"/> 吐き気 <input type="radio"/> 胃症状無し      (複数選択可)
食生活;野菜の摂取量(必須)	<input type="radio"/> 多い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 少ない
便通	<input type="radio"/> 硬い・便秘 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 時々下痢又は軟便 <input type="radio"/> 軟便が多い <input type="radio"/> 下痢が多い
便秘薬	<input type="radio"/> よく服用 <input type="radio"/> 時々服用 <input type="radio"/> 服用しない
睡眠	<input type="radio"/> 寝つきが悪い <input type="radio"/> 一度目が覚めると眠れない <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 夢をよく見る
動悸	<input type="radio"/> よくする <input type="radio"/> 時々する <input type="radio"/> しない
睡眠薬・安定剤	<input type="radio"/> よく服用 <input type="radio"/> 時々服用 <input type="radio"/> 服用しない
生理 <span style="color: red; font-size: small;">女性のみお答え下さい</span>	<input type="radio"/> 不順 <input type="radio"/> 順調 <input type="radio"/> 生理がない
生理痛 <span style="color: red; font-size: small;">女性のみお答え下さい</span>	<input type="radio"/> 強い(要鎮痛剤) <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 殆どない
生理周期 <span style="color: red; font-size: small;">女性のみお答え下さい</span>	生理周期 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日周期      生理期間 <input style="width: 40px;" type="text"/> 日間
剤形希望(必須)	<input type="radio"/> 煎じ薬を希望 <input type="radio"/> 粉薬・散剤・カプセルを希望 <input type="radio"/> どちらでもよい  漢方薬は、煎じ薬が最も効果が高いです。効果を考えれば煎じ薬をお勧めします。 尚、治療優先のため、お病気や病状によってはご希望の剤形に添えない場合もあります。予めご容赦ください。
備考	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>ご要望、連絡事項等、又は特別な病状等がある方はお書き下さい。</p>