予　診　表

＊ 既往症、病状の経過については、患者様の来院時に直接お尋ねいたします。

平成　　年　　月　　日

氏名		明、大、昭、平成 年　月　日生　歳	
	男・女		
住所	（〒　　）	職業	
TEL		メールアドレス	
主訴	一番の苦痛を１～３個まで、辛い順番に記入してください。 ①　②　③		
性格	心配性　控えめな方 のんびり型　陽気な方 短気　我慢する方	嗜好品 好物	アルコール（　　）、　日/　cc タバコ、　１日/　本 果物、スナック類、甘い物、油物、肉類
現在治療中の薬剤名			
日常の睡眠時間帯		アレルギー（有・無）	

しばしば起こる症状の番号と該当する（　）の部位に、○印を付けてください。そして、必要時には（　　）の空白欄に記入をお願いいたします。

1　不安感がある
2　（寝つきが悪い・夜中に目が覚める・よく夢を見る）
3　目まいがする
4　（のど・口の中）が渇く、のどが詰まる
5　咳が出る（夜中・昼夜共に）、または痰が出る
6　（痛い・こり・腫れ･しびれ）の部位は（頭・首･肩･背中・腰・下肢･上肢･手･足・その他の部位（　　）
7　冷えを感じる（手･足･全身寒がり）、または（暑がり・汗が異常に多い）
8　（動いたとき・急いだ時・安静時）に（胸苦しさ・胸が痛む・動悸・息切れ・脈拍のリズム異常）がある
9（胃腸が弱い･食欲が無い・吐き気がする・胃が痛い・胃が重い・胃がもたれる）
10（腹が痛い・腹が張る）（臍から上 ･臍から下 ・腹部全体）
11　便通状態は（便秘する一約　　日間、下痢する、便は柔らかい、バナナ状の便）
12　排尿状態は（１日/　回、尿線が細い、尿が出にくい、夜間尿あり　夜中/　回）
13　むくみがあり（顔・手･足・その他の部位　　）
14　疲れやすい、目がかすむ、耳鳴りがある
15　（生理不順・生理痛･性器出血）がある
16　体重減少がある（　か月/　kg）