

事前に症状についてお答えください。FAX : 03-5776-1201 宛に送信してください。

問 診 表

記入日 平成 年 月 日

【予約日】 平成 年 月 日 時 分	【電話番号】
【氏名】	【生年月日】 大・昭・平 年 月 日

問診を読まれて、各質問に該当する場合☑を付けてください。

ひとつでも☑を付けた場合は、「はい」に ○ を、それ以外は、「いいえ」に ○ を付けてください。

1	☐ 頭が痛い。 ☐ 頭が重い。	はい	いいえ
2	☐ 頸(くび)が痛い。 ☐ 頸が張る。	はい	いいえ
3	☐ 肩がこる。 ☐ 肩が重い。	はい	いいえ
4	☐ 風邪をひきやすい。 ☐ 風邪気味のことが多い。	はい	いいえ
5	☐ メマイがある。 ☐ 天井がまわった・外界がまわった。	はい	いいえ
6	☐ フワフワ感がある。 ☐ フラフラ感。 ☐ なんとなく不安定。	はい	いいえ
7	☐ 吐き気がある。 ☐ 食欲不振。 ☐ 胃痛・不快感。 ☐ 飲み込みにくい。	はい	いいえ
8	☐ 夜、寝つきが悪い。 ☐ 夜中、目覚めることが多い。	はい	いいえ
9	☐ 血圧が不安定である。 ☐ 血圧が 200 前後になる。	はい	いいえ
10	☐ 暖かいところ、 ☐ 寒いところに長くられない。	はい	いいえ
11	☐ 汗が出やすい。 ☐ 汗が出ない。	はい	いいえ
12	☐ 静かにしているのに、急に心臓がどきどきする。 ☐ 急に脈が速くなる。	はい	いいえ
13	☐ 目が見えにくい。 ☐ 像がぼやける。	はい	いいえ
14	☐ 目が疲れやすい。 ☐ 目が痛い。	はい	いいえ
15	☐ まぶしい。 ☐ 目を開けてられない。	はい	いいえ
16	☐ 目が乾燥する。 ☐ 涙が出すぎる。	はい	いいえ
17	☐ 口がかわく、つばが出ない。 ☐ つばが多い。	はい	いいえ
18	☐ 微熱が出る。 ☐ その原因が不明である。	はい	いいえ
19	☐ 下痢をしやすい。 ☐ 便秘。 ☐ 腹部症状がある。(腹痛など胃腸症状)	はい	いいえ
20	☐ すぐ横になりたくなる。 ☐ 昼間から横になっている。	はい	いいえ
21	☐ 疲れやすい。(全身倦怠) ☐ 全身がだるい。	はい	いいえ
22	☐ 何もする気が起きない。 ☐ 意欲又は気力がない。	はい	いいえ
23	☐ 天候悪化の前日、症状が強くなる。 ☐ 天気予報が良く当たる。	はい	いいえ
24	☐ 気分が落ち込む。 ☐ 気が滅入りそうだ。	はい	いいえ
25	☐ 1つのことに集中できない。 ☐ 記憶力の低下がある。	はい	いいえ
26	☐ わけもなく不安だ。 ☐ いつも不安感がある。	はい	いいえ
27	☐ イライラしている。 ☐ 焦燥感がある。	はい	いいえ
28	☐ 根気がない。 ☐ 仕事や勉強を続けられない。	はい	いいえ
29	☐ 頭がのぼせる。 ☐ 手足が冷たい。 ☐ しびれる。	はい	いいえ
30	☐ 胸部が痛い。 ☐ 胸部圧迫感がある。 ☐ 胸がしびれる。	はい	いいえ
	TOTAL		