

漢方相談専門薬局

き れい どう やっ きょく
亀 齢 堂 薬 局

〒602-8136 京都市上京区榎木町通黒門東入
中御門横町 574 番地 1 フアルマフートビル 1 階

電話：075-803-1675 FAX：075-803-1674

メールアドレス：info@kireidou.co.jp

亀齢堂薬局は“人を本とし病を治して人を救う”という理念のもとに人と自然との協調回復を追求し、さらに人体のバランスを保持し、健康造りを追求しています。同封しましたカードはよりの確な健康への道の重要な判断基準の一つです。正しくご記入のうえ、ご来局時にご持参下さい。

※ご記入カードより得られた個人情報とは当薬局の健康造りの目的以外に用いられる事はございません。

問診票一式

問 診 カ ー ド-----	1 部
問 診 カ ー ド 2-----	1 部 (2 ページ)
免疫度チェックカード-----	1 部
食 事 調 査 カ ー ド-----	1 部 (3 日分)

以上にご記入の上、あらかじめ FAX か e-mail 添付でお送りいただくか、相談日当日ご持参ください。

以下のものがありましたらあらかじめ FAX か e-mail 添付でおおくりいただくか、当日ご持参ください。

- ① 臨床検査データ「尿・血液検査表など」 (コピーでも可)
- ② 使用している (使用しておられた)
薬のリスト (品名がわからない場合は現物)

※漢方相談ではお顔の様子や肌の調子も重要な診察情報です。

お化粧などなさらずに実際の様子を確認できるようお願いします。

また、香水のご使用もお控えください。

よろしく願いいたします。お気をつけてお越しください。

問 診 カ ー ド

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	身長： cm	体重： kg
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢： 満 歳		
住 所	〒			
電話番号	(固定)		(携帯)	
メールアドレス				
主訴(主な症状を具体的にお書き下さい)				
内 容	症 状 (思い当たる項目を○で囲んでください)			備考
体 格	筋肉質 ・ 中肉 ・ ヤセ型 ・ 水肥り ・ 脂肪肥り			
体 質	普通 ・ 腺病質 ・ 疲れ易い ・ 冷え性 ・ 多汗症			
顔 色	健康色 ・ 赤い ・ 赤黒い ・ 青白い ・ 青黒い			
血 圧	普通 ・ 高い ・ 低い (最高 最低)			
大 便	普通 ・ 硬便 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ 血便			
便 通	1日に 回 ・ スッキリ出る ・ 残る感じがする ・ 多い ・ 少ない			
小 便	普通 ・ 赤みがある ・ 糖尿 ・ 蛋白尿 ・ 血尿 ・ 近い			
排 尿	1日に 回(夜間排尿が 回) ・ 出にくい ・ 排尿痛 ・ 残尿感			
頭	痛い ・ 重い ・ のぼせ ・ めまい ・ 頭汗			
目	充血 ・ 黄色い ・ 視力減退 ・ 涙が出やすい ・ マブタが重い			
耳・鼻	耳鳴り ・ 耳ダレ ・ 難聴 ・ 鼻づまり ・ 鼻汁が多い ・ 濃汁			
口・舌	かわく ・ あれる ・ 口苦い ・ 舌白い ・ 口臭 ・ 舌黄色い			
のど	痛む ・ のどつまる ・ 声カレ			
咳・痰	咳(軽い・ひどい・空咳) 痰(多い・少ない・粘る・うすい・血痰)			
首・肩・背	首筋がこる ・ 肩こり ・ 背部痛 ・ 背部がだるい			
胸・脇	胸や脇の圧迫感 ・ 胸苦しい ・ 動悸 ・ 喘鳴 ・ 呼吸困難 ・ 息切れ			
胃	つかえる ・ 重苦しい ・ 痛む ・ 胸やけ ・ 悪心 ・ 食欲不振 ・ 嘔吐			
腹	腹鳴 ・ 膨満感 ・ 蠕動亢進 ・ 冷える ・ 痛む			
手・足・腰	冷える ・ 痛む(部) ・ はれる ・ マヒ感 ・ 運動障害			
婦人科	月経(遅れる・少ない・長引く) ・ 月経困難(軽い・ひどい) ・ こしけ			
皮 膚	分泌物(多い・少ない) ・ 炎症 ・ 痛い ・ 痒い ・ ジンマ疹 ・ 化膿			
全 身	微熱 ・ 疲労倦怠感 ・ 盗汗 ・ 不眠 ・ 衰弱 ・ 精神不安 ・ 身体動揺感			
併用薬				

記入日： 年 月 日

問 診 カ ー ド 2

1. 現在、1日平均たばこをどれ位吸いますか

- ① 10本未満 ② 20本未満 ③ 20本以上 ④ 吸わない

2. 現在、1日平均どれ位お酒を飲みますか

日本酒1合、ビール大1本、ウイスキーダブル1杯、焼酎0.5合、ワインコップ1杯
ほぼ日本酒1合に相当します。

- ① 1合未満 ② 2合未満 ③ 3合未満 ④ 3合以上 ⑤ ほとんど、全く飲まない

3. 過去に輸血を受けたり肝機能異常を指摘されたことがありますか (有 ・ 無)

4. 肝炎ウィルス検査を受けたことがありますか (有 ・ 無)

5. これまで食品や薬でアレルギーを起こしたことがありますか。 (有 ・ 無)

有の方は以下にアレルギーを原因となった食品や薬をご記入ください。

5. 該当する欄に○印をつけてください。

	高 血 圧	肥 満	高 脂 血 症	糖 尿 病	肝 臓 病	心 臓 病	動 脈 硬 化 症	脳 卒 中	貧 血	腎 臓 病	特 に 無 し	そ の 他
家族歴 父母の兄弟姉妹の 病歴												
既往症 過去にかかった病歴												
現在かかっている 病気												
現在治療中の病気												

6. 最近の自覚症状 該当する欄に○印をつけてください。

1	夜、眼が醒えてねむれない
2	よくのどが渇き、お茶や水の冷えたものを特に好む
3	頻尿、多尿、尿もれ
4	顔、手、足がよくむくむ
5	長くつづく頭痛、めまい、ふらつき、耳鳴り
6	腰痛、関節痛
7	胸の奥が締め付けられ、痛い、苦しい、息切れ、動悸、脈の乱れ
8	舌がもつれる
9	手足が不自由
10	意識が時々なくなる。倒れたこともある
11	特に自覚症状なし
12	その他気になる症状

年 月 日

免疫度チェックカード
(該当するところにレをつけて下さい)

	症 状	チェック
1	肉(牛・鶏・豚)食が多く、魚は嫌い	
2	塩分の多い物を好む	
3	冷凍食品を食べることが多い	
4	野菜や果実、海藻・ナッツ類はほとんど食べない	
5	ソフトドリンクやペットボトル入り飲料水を常用している	
6	茶・紅茶・烏龍茶・コーヒーを多飲する	
7	ケーキや和菓子、菓子パン類が大好物	
8	コンビニの弁当や外食が多い	
9	アルコール類を多飲する	
10	タバコを吸う	
11	少し体調が悪いとすぐ薬に依存する	
12	ビタミン剤などの入ったドリンクやサプリメントが好き	
13	いつも睡眠不足気味で就寝や起床時間が不規則	
14	体を動かすことはあまり好きではない	
15	心配性・眠れないことがある	
16	考えが悲観的	
17	急勝・イライラ症	
18	空気の悪い環境にいることが多い	
19	口内炎がよくできる	
20	胃腸の調子がいつも悪い	
21	疲れやすい	
22	冷え性	

チェック数が

- 0 ~ 5 免疫度は正常。今の生活習慣を維持してください。
- 5 ~ 10 免疫力は低下気味。生活習慣を見改める。
- 11 ~ 22 いつ病気になっても不思議ではない。若さと気力で持っているだけで、ほとんど病人です。

食事調査カード ①

年 月 日

※食事を摂られた時間、内容とその量（おおよそで結構です）をお書きください。

○ 朝食（ 時 分頃）

○ 昼食（ 時 分頃）

○ 夕食（ 時 分頃）

その他 間食など

・（ 時 分頃）

・（ 時 分頃）

食事調査カード ②

年 月 日

※食事を摂られた時間、内容とその量（おおよそで結構です）をお書きください。

○ 朝食（ 時 分頃）

○ 昼食（ 時 分頃）

○ 夕食（ 時 分頃）

その他 間食など

・（ 時 分頃）

・（ 時 分頃）

食 事 調 査 カ ー ド ③

年 月 日

※食事を摂られた時間、内容とその量（おおよそで結構です）をお書きください。

○ 朝 食 （ 時 分頃）

○ 昼 食 （ 時 分頃）

○ 夕 食 （ 時 分頃）

その他 間食など

・（ 時 分頃）

・（ 時 分頃）