

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減
住所	〒() - ()	自宅TEL:		仕事 有・無		
		携帯TEL:		立ち仕事/座り仕事/肉体労働/ オフィスワーク/他		
妊娠： 有・無	授乳中： 有・無	出産経験： 回・無	最終月経： 月 日	最終周期： 日・閉経	便通： 回/ 日位	
平均睡眠時間： : ~ :		熟睡感： 有・無	今までにかかった病気（手術を含む）： 有・無 ()			
内服薬： 有・無	薬剤アレルギー： 有・無 (薬品名)			アレルギー・喘息： 有・無 ()		

★次の質問に症状がどの程度か✓を付けて下さい。

項 目	ないか たまに	ときどき	しばしば	いつも
① 顔がほてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 汗をかきやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 腰や手足が冷えやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 息切れ、動悸がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 寝つきが悪い、または眠りが浅い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 怒りやすく、すぐイライラする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ くよくよしたり、憂うつになることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 頭痛、めまい、吐き気がよくある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 疲れやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ 最近音に敏感である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ 気が沈んで憂うつだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ 朝方は一番気分が良い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ 泣いたり、泣きたくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 夜よく眠れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯ 食欲はふつうだ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑰ まだ性欲がある（異性に対して関心がある）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑱ 痩せてきたことに気が付く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑲ 便秘している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑳ 普段よりも動悸がする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉑ 何となく疲れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉒ 気持ちはいつもさっぱりしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉓ いつもと変りなく仕事をやれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉔ 落ち着かず、じっとしてられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉕ 将来に希望がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉖ いつもよりイライラする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉗ たやすく決断できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

★引き続き、次の質問に症状がどの程度か✓を付けて下さい。

項目	ないか たまたま	ときどき	しばしば	いつも
⑳ 役に立つ、働ける人間だと思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉑ 生活はかなり充実している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉒ 自分が死んだ方が、他のものは楽に暮らせると思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
㉓ 日頃していることに満足している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他、気になる症状があればお教え下さい