



漢方サポート外来問診表 (1)

お名前			年齢	歳	
身長	cm	体重	kg	血圧	/ 平熱 °C
今までにかかった主な病気					
症状の経過					
症状のあるところを書き込んでください。					
アレルギー	なし・あり 食物 () 薬物 ()				
嗜好品	アルコール：頻度 ほぼ毎日・週3-4日・週1-2日・つきあい程度・飲まない 飲酒量：1日 合 (ビール大瓶1本、水割り一杯は1合としてください。)				
	タバコ：吸わない 吸っていた (歳から 歳まで) ()本/日				
月経 (女性のみ)	初潮 (歳) 閉経 (歳) 最近の周期 () 日型：整・不順 月経痛 (有・無) 出血量 (多・普通・少) おりもの (多・普通・少) 分娩 () 回				

あなたの状態に、もっともよく当てはまる番号一つを○で囲み、全設問にお答え下さい。

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
1. 重い買い物袋やスーツケースを運ぶなどの力仕事に支障がありますか。	1	2	3	4
2. 長い距離を歩くことに支障がありますか。	1	2	3	4
3. 屋外の短い距離を歩くことに支障がありますか。	1	2	3	4
4. 一日中ベッドやイスで過ごさなければなりませんか。	1	2	3	4
5. 食べること、衣類を着ること、顔や体を洗うこと、トイレを使うことに人の手を借りる必要がありますか。	1	2	3	4

裏に続きます。

漢方サポート外来問診表 (2)

この一週間について

	まったく ない	少し ある	多い	とても 多い
6. 仕事をすることや日常生活活動に支障がありましたか。	1	2	3	4
7. 趣味やレジャーをするのに支障がありましたか。	1	2	3	4
8. 息切れがありましたか。	1	2	3	4
9. 痛みがありましたか。	1	2	3	4
10. 休息をとる必要がありましたか。	1	2	3	4
11. 睡眠に支障がありましたか。	1	2	3	4
12. 体力が弱くなったと感じましたか。	1	2	3	4
13. 食欲がないと感じましたか。	1	2	3	4
14. 吐き気がありましたか。	1	2	3	4
15. 吐きましたか。	1	2	3	4
16. 便秘がありましたか。	1	2	3	4
17. 下痢がありましたか。	1	2	3	4
18. 疲れていましたか。	1	2	3	4
19. 痛みがあなたの日々の活動のさまたげになりましたか。	1	2	3	4
20. ものごとに集中しにくいことがありましたか。たとえば新聞を読むときや、テレビを見るとき。	1	2	3	4
21. 緊張した気分でしたか。	1	2	3	4
22. 心配がありましたか。	1	2	3	4
23. 怒りっぽい気分でしたか。	1	2	3	4
24. 落ち込んだ気分でしたか。	1	2	3	4
25. もの覚えが悪くなったと思いましたか。	1	2	3	4
26. 身体の調子や治療の実施が、 <u>家族の一員としての</u> あなたの生活のさまたげになりましたか。	1	2	3	4
27. 身体の調子や治療の実施が、あなたの <u>社会的な活動の</u> さまたげになりましたか。	1	2	3	4
28. 身体の調子や治療の実施が、あなたの <u>経済上の</u> 問題になりましたか。	1	2	3	4

次の質問では、1から7の数字のうち、あなたにもっともよく当てはまる数字を○で囲んで下さい。

29. この一週間のあなたの健康状態は全体としてどの程度だったでしょうか。

1 2 3 4 5 6 7

とても悪い

とてもよい

30. この一週間、あなたの全体的な生活の質はどの程度だったでしょうか。

1 2 3 4 5 6 7

とても悪い

とてもよい