

初診の患者様へ

- ◎問診票を印刷、記入してお持ちください。
- ◎過去の血液検査のデータをお持ちください。
- ◎必ず成人のご家族と一緒に来院してください。治療にはご家族の理解とサポートが必要です。
- ◎ご本にはもちろんご家族も当院ホームページを読み、理論を理解しておいてください。

問診票について

初診の患者様は、次ページの問診票を印刷、記入して、初診時にお持ち下さい。
あらかじめ、発症以降の症状、今まで他院で受けてこられた治療について書いていただくことで、スムーズに診察を受けていただけます。難病の患者様については、診察室で一から確認させていただきますと相当の時間を要します。当院には遠方からの患者様や重症の患者様も多数お見えになりますので、患者様の負担軽減のため、また、適正で効果的な治療を実施するため必要な情報ですのでよろしくお願いいたします。

問診票は次のページにあります。

問診票

ふりがな
氏名

年齢 歳

① 発症についてお聞かせください。

② 症状の経過

③ 過去の治療内容

--

④ 入院歴がある場合、治療内容

--

⑤ 現在通院中の他診療施設、治療内容

--

⑥ その他、院長に伝えておきたいことを詳しく書いて下さい。

氏名 ()

膠原病やその他全ての病気で、現在までに使用した薬の薬名、量、使用期間、合計量を分かる範囲で記入して下さい。

特に、ステロイド薬、クローン病・潰瘍性大腸炎治療薬（ペンタサ・レミケード等）、抗リウマチ薬、痛み止めなどは、必ず合計量をご記入下さい。

（合計量はだいたいで構いませんので、必ず書いて下さい。）

*薬名 () 量 ()
使用期間 (年 月 ~ 年 月)
合計量 ()

*薬名 () 量 ()
使用期間 (年 月 ~ 年 月)
合計量 ()

*薬名 () 量 ()
使用期間 (年 月 ~ 年 月)
合計量 ()

*薬名 () 量 ()
使用期間 (年 月 ~ 年 月)
合計量 ()

*他に飲んできた薬があれば、薬名を書いて下さい。

ふりがな
氏名 _____ (歳) 生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日(男・女)
電話番号(自宅) () 携帯電話()
記入者名([続柄]) ご職業()
郵便番号(〒)
住所()
FAX() Eメールアドレス()

※FAXまたはEメールアドレスを必ず記入して下さい。

1.当医院を知った理由をお答えください。当てはまるものに○をしてください。(※複数選択可)

(1)家族の紹介(2)知人の紹介(3)うわさ(4)タウンページ(5)通りすがり(6)ネットで場所だけ確認した(7)ホームページで理論を読んだ どの程度[軽く・かなり・ほぼ理解した](8)松本医院(H31年4月30日以前)に受診したことがある

2.本日は何に困られて(何の病気で)当院に來られましたか?

()

3.以下の項目について記入し、当てはまるものには○をしてください。身長: __cm 体重: __kg

以下の症状はすべてヘルペスウイルスと化学物質が原因です。

タバコ:(吸う・吸わない)飲酒:(飲む・飲まない)便:一日__回 食欲:(良・不良)睡眠:(良・不良)生理:(順・不順・多い・少ない)妊娠:(有・無・不明)ピルの服用:(有・無)不妊治療歴(有・無)プラセンタ使用歴(有・無)→(注射した[__回]・内服薬を飲んだ・塗り薬として塗った)昼食後眠い()寝付きが悪い()あくびが多い()朝起きにくい()頭痛()頭が重い()めまい()難聴()耳鳴り()立ちくらみ()ふらつき()目のかすみ()咳()声がかすれる()汗かき()寝汗()冷えのぼせ()肩こり()首こり()うなじのこり()手足のしびれ()動悸()吐き気()嘔吐()胸焼け()腰痛()腰の冷え()下肢の冷え()物忘れ()いらいら()疲れやすい()冷え性()腸がよく動く()胃がよく動く()口が苦い()運動してないのに筋肉痛()頻尿()よくこむら返りが起こる()生理痛が強い()生理不順()膝の痛み()痒み()ビリビリする()ヒリヒリする()ジクジクして
いる()その他の痛み(箇所:)

現在入院中である(はい・いいえ) →入院中の方は病院名()

過去の入院歴:(有・無) →何の病気で入院されたのですか?()

慢性的な病気のある方は病名() 現在服薬あれば薬名()

4.以下は主に膠原病で來られた方への質問です。該当する症状に○をしてください。

膠原病も全てヘルペスが原因です。以下の症状も全てヘルペスウイルスが原因なのです。

口の乾き()目の乾き()眩しさ()朝の手足のこばり()関節の痛み・変形・腫れ(部位:)
発熱()下痢()血便()腹痛()痔瘻(じろう)()切れ痔・いぼ痔()ガスが多い・臭い()腹部膨満感()

5.以下は主にアレルギー・アトピーについての質問です。あてはまる項目に○をしてください。

これまでかかったことのある疾患に○をしてください。

アトピー性皮膚炎()アレルギー性鼻炎・結膜炎()喘息()花粉症()じん麻疹()

上記疾患について他院(耳鼻科・眼科・皮膚科も含めて)で治療を受けた(はい・いいえ)

→他院で受けた治療について(注射を打たれた・内服していた・塗り薬を使っていた)

→覚えている範囲内で使った薬名を書いてください()

かゆみがある()よく化膿する()夜かゆくて眠れない()季節により症状悪化(春・夏・秋・冬)目が充血する()涙が出る()めやにが出る()鼻水()鼻づまり()鼻血()くしゃみ()息がぜいぜいする()空咳をする()痰が出る()喉がかゆい・痛い()顔や手足がむくむ()よく下痢をする()痔の坐薬を使ったことがある()→あれば薬名() その他気になる症状があれば詳しく書いてください。()

当院では現代医療では治らないとされる難病患者をこれまで実際に何人も完治させてきました。しかし、当院では何も特殊な治療をしているわけではなく、漢方を駆使することで患者の免疫が病気を治すためのヘルプをしているだけです。その正しい免疫の働きを誰よりもよく知り、免疫を高める医療を実践しているからこそ当院は難病といわれる病気でも患者自身の免疫で完治させることができるのです。当院に來られたからにはこれまでの免疫を抑える「受け身の医療」をやめ、「自分の免疫で治すんだ」という意識を持ってください。そしてこれからは「医者」でも「薬」でもなく、「自分の免疫」が病気を治してくれるのだという原理原則を決して忘れないでください。