

漢方問診票

氏名

◆ 以下の項目にチェック（☑）をお願いします。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> すぐに疲れる | <input type="checkbox"/> 緊張しやすい |
| <input type="checkbox"/> 手足がだるい | <input type="checkbox"/> 緊張すると動悸がする |
| <input type="checkbox"/> 昼食を食べたあと身体がだるくなる | <input type="checkbox"/> めまいがする |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> 頭がズキンズキンと痛む |
| <input type="checkbox"/> よく咽が痛くなる | <input type="checkbox"/> 肩が凝って締め付けられるような頭痛がある |
| <input type="checkbox"/> 水鼻が出る | <input type="checkbox"/> 胸や咽が詰まった感じがする |
| <input type="checkbox"/> 痰が粘って切れにくい | <input type="checkbox"/> 腰が痛い |
| <input type="checkbox"/> ストレスがたまっている | <input type="checkbox"/> 足腰に力が入らない |
| <input type="checkbox"/> ストレスで胃が痛くなる | <input type="checkbox"/> 膝が痛い |
| <input type="checkbox"/> イライラしやすい | <input type="checkbox"/> 食べるのが早い |
| <input type="checkbox"/> よく腹が立つ | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり | <input type="checkbox"/> 食欲がありすぎる |
| <input type="checkbox"/> 冷たい飲み物を好む <input type="checkbox"/> 温かい飲み物を好む | <input type="checkbox"/> よく下痢をする |
| <input type="checkbox"/> 寝汗をかく | <input type="checkbox"/> 便秘しやすい |
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい、かすむ | <input type="checkbox"/> のぼせやすい |
| <input type="checkbox"/> まぶたや顔がピクピクする | <input type="checkbox"/> 手足がほてる |
| <input type="checkbox"/> 手足がピクピクする | <input type="checkbox"/> 雨の前日は体が重くだるく感じる |
| <input type="checkbox"/> こむら返りがある | |

◆ 女性の方にお尋ねします。

- 月経周期 _____ 日
- 不定期 閉経
- 経血に塊が混じる
- 経血の量が多い 少ない
- 高温期にはむくむ
- 月経前に胸が張る
- さらさらのおりものが多い
- おりものが粘って臭気がある

