

# 漢方診療問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

あてはまる項目に○を付けてください。

<input type="checkbox"/> 疲れやすい、だるい	<input type="checkbox"/> やる気が出ない
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 胃腸が弱い
<input type="checkbox"/> 下痢気味	<input type="checkbox"/> 便秘気味
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> のどがつまった感じがする
<input type="checkbox"/> 不安になる	<input type="checkbox"/> 気分がふさぐ
<input type="checkbox"/> 手足が冷える	<input type="checkbox"/> 腰が冷える
<input type="checkbox"/> 尿が近い	<input type="checkbox"/> 頭が重い
<input type="checkbox"/> 顔がほてりやすい	<input type="checkbox"/> 手足がほてる
<input type="checkbox"/> 動悸がする	<input type="checkbox"/> 肌が乾燥する
<input type="checkbox"/> 髪が乾燥する	<input type="checkbox"/> 抜け毛が多い
<input type="checkbox"/> 爪が薄くてもろい	<input type="checkbox"/> めまい、立ちくらみがある
<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い
<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> 目がかすむ
<input type="checkbox"/> 目の下にクマがしやすい	<input type="checkbox"/> シミがしやすい
<input type="checkbox"/> ニキビがしやすい	<input type="checkbox"/> 湿疹ができる
<input type="checkbox"/> 生理痛が強い	<input type="checkbox"/> 生理不順
<input type="checkbox"/> 肩こりがある	<input type="checkbox"/> 痔がある
<input type="checkbox"/> のどが渇く	<input type="checkbox"/> 唇がかわく
<input type="checkbox"/> 汗をよくかく	<input type="checkbox"/> 手足や顔がむくみやすい
<input type="checkbox"/> 鼻炎がある	<input type="checkbox"/> 痰がよく出る
<input type="checkbox"/> 乗り物酔いしやすい	<input type="checkbox"/> 関節が痛む

その他、気になることがあればご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )