

追加問診票

記入日 年 月 日

お名前

■ 体質について伺います。(複数回答可)

□コリ・張り(首・肩・背中・腰・その他 _____)

- 頭が痛い
- 手の不調 (痛い・しびれる・動きにくい)
- 足の不調 (痛い・しびれる・動きにくい)
- 関節が痛い(場所: _____)
- むくみがある
- ストレスを感じる
- 疲れやすい
- 眠れない
- 不安感がある
- 咳がでる
- のどがかかわく
- のどがつまる
- 胸苦しい
- 胸が痛い
- めまいがする
- 動悸がする
- 息がきれる
- 吐き気がする
- 胃が痛い
- 食欲がない
- 腹が張る
- 腹が痛い
- 便秘する
- 下痢する
- 小便の出が悪い
- 小便が近い
- 体重が増加する
- 体重が減少する
- 生理不順
- 冷える
- 暑がり
- 寒がり
- 汗かき
- 汗をかきにくい

■ たばこ □吸わない □吸う(1日 _____ 本)

■ 酒 □飲まない □飲む(毎日・時々)

■ 嗜好 □茶 □コーヒー □辛味 □甘味 □油物 □野菜 □肉 □魚 □果物 □その他(_____)

■ 食欲 食事回数 1日 _____ 回 □旺盛 □普通 □ない

■ 間食 □多い □時々 □しない

■ 睡眠 1日約 _____ 時間 (_____ 時頃 ~ _____ 時頃) □よくねる □ねつきが悪い □眠りが浅い □早朝に目が覚める

■ 便通:小 1日 _____ 回・約 _____ 時間おき :大 □毎日ある □毎日ない(_____ 日に1回)

■ 運動 □よくする □時々 □しない 内容(_____) 頻度(月・週 _____ 回)

■ 入浴 □シャワーのみ □湯船につかる(毎日・時々)

この線で切り取ってください。

この線で切り取ってください。

© Senrido All rights reserved

無断で複写したり転載等しないでください。