

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 □のどがかわく □便秘する

□手の不調 □のどがつまる □下痢する

(痛い・しびれる・動きにくい) □胸苦しい □小便の出が悪い

□足の不調 □胸が痛い □小便が近い

(痛い・しびれる・動きにくい) □めまいがする □体重が増加する

□関節が痛い(場所:) □動悸がする □体重が減少する

□むくみがある □息がきれる □生理不順

□ストレスを感じる □吐き気がする □冷える

□疲れやすい □胃が痛い □暑がり

□眠れない □食欲がない □寒がり

□不安感がある □腹が張る □汗かき

□咳がでる □腹が痛い □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。