

漢方問診票

氏名： _____ 生年月日 年 月 日

住所： _____

今一番困っている症状は何ですか？ ()

それはいつごろからですか？ ()

思い当たるきっかけ、原因があれば記載してください。()

あなたの証を知るために以下の質問にお答えください

※あてはまるものに○を付けてください

①身体がだるい

②目の周りのクマが気になる

③気力がない

④皮膚の細い血管が浮き出ている

⑤疲れやすい

⑥痔がある

⑦気分が重苦しい

⑧月経痛がある

⑨あくびがよく出る

⑩月経前にイライラする

⑪食欲不振

⑫肩こりがある

⑬風邪をひきやすい

⑭子宮筋腫を指摘されたことがある

⑮物事に驚きやすい

⑯子宮内膜症を指摘されたことがある

⑰下痢気味である

⑱不眠がある

⑲便秘気味である

⑳イライラして眠れない

㉑喉のつかえ感がある

㉒心配事で眠れない

㉓胸がつまった感じがある

㉔朝礼などで倒れることがある

㉕お腹が張った感じがある

㉖貧血を指摘されたことがある

㉗朝起きにくく調子が出ない

㉘下肢がむくみやすい

㉙朝より夕方～夜が気力が出る

㉚ニキビが出来やすい

㉛冷えのぼせがある

㉜ストレスがかかると胃が痛む

㉝焦燥感に襲われる

㉞胃のむかつきがある

㉟手足が冷える

㊱顔面が突然ホテることがある

㊲クーラーで冷える

㊳不妊治療中である

㊴夏でも温かい食餌飲みものを好む

㊵口が渇く

㊶突然涙が出ることもある

㊷食後すぐ眠くなる

㊸手のひらに汗をかく

㊹よく口内炎ができる

㊺冷えると腰が痛む