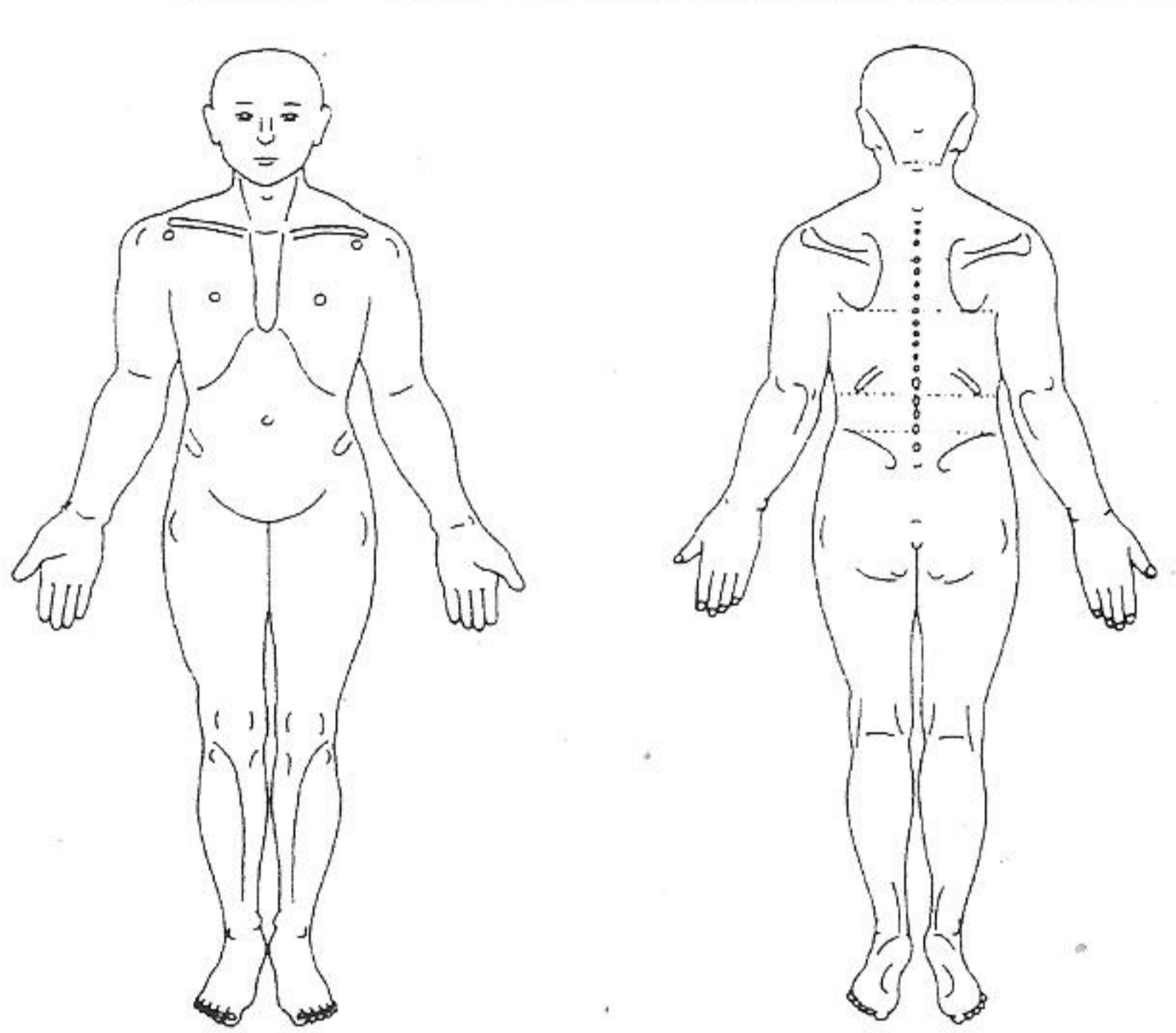


問 診 表

頭文字	フリガナ 氏 名		男 女	年 令	M T S H	年 月 日生(才)
住 所	〒				電話	
職 業				紹介者		
主 な 自覚症状 いつ頃から?						
上記の症状に関して他の の病院での受診はされ ましたか?	な い		凝り、痛み、あるいはしびれのある場所に○をつけて下さい。			
	あ る					
「ある」の方は何といわれましたか?						
今までにかかった主な病気、けがはありますか?						
現在服用している薬は?						
日常生活で下記の症状はございますか?						
暑がり・普通・寒がり	のぼせ	ある・ない				
ふらつき	ある・ない	めまい	ある・ない	ストレス	多い・少ない・ない	
耳 鳴	ある・ない	難 聴	ある・ない	上記ある方	怒り・思い悩み・悲しみ・恐れ	
目の疾患	ある・ない	口が苦い	ある・ない	血 圧	高い・普通・低い	
のどの渇き	ある・ない	不 眠	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <small>寝つかず・覚醒しやすい</small>	夢をみる	よくある・時々・ない	
発 汗	ある→(すぐ汗をかく・寝汗をかく)・ない		頭 痛	ある→(額・側頭・頭頂・後頭)・ない		
大 便	正常・便秘・普段軟便傾向、或は慢性下痢・1回の便で最初硬い便、途中から軟便・1日数回の排便がある・ガスが張りやすい・出やすい					
小 水	冷えると多い 普段 多い・少ない・夜間()回		食 欲	ある なし(空腹感がない・空腹感はあるが食べたくない)		
性 格	気みじか・気長・神経質・落ちこみやすい		そ の 他	疲れやすい・むくみやすい		
タバコ	1日 本	お 酒	1日 ビール 本 飲まない	日本酒	合	味の好み 甘い・辛い・濃い口
その他訴えたいこと						
<p>☆女性の方にお尋ねします。</p> <p>初潮 () 才 生理周期 (規則的 日型・不規則的 早まる 遅くなる 日型) 期間 () 日間 量 (多い・少ない・ふつう) 色 (淡・紅・紫・暗) 性質 (さらっとしている・粘っこい・血の塊) おりもの (ない・ある→白・黄・青・膿汁様/無臭・なまぐさい・悪臭/うすい・こい) 生理時随伴症状 (腰痛・腹痛・嘔吐・頭痛・乳房腫脹感・満腹)</p>						