

記入日 平成 年 月 日

漢方診療問診票

お名前			
住所			
電話番号			
メールアドレス			
身長	cm	体重	kg
		年齢	才
			職業

当てはまる項目にチェックをお願いします。

体格	<input type="checkbox"/> 筋肉質 <input type="checkbox"/> 痩せ形 <input type="checkbox"/> 中肉 <input type="checkbox"/> 肥満型
体質	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> のぼせやすい <input type="checkbox"/> その他()
汗	<input type="checkbox"/> かきにくい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> かきやすい <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 寝汗 <input type="checkbox"/> カーツとなって出る <input type="checkbox"/> たくさんかく
大便	____日 ____回 ・気持ちよく <input type="checkbox"/> 出る <input type="checkbox"/> 出ない <input type="checkbox"/> 便秘気味 <input type="checkbox"/> 下痢気味 <input type="checkbox"/> 細い <input type="checkbox"/> 柔らかい <input type="checkbox"/> 不消化便 <input type="checkbox"/> べたべた <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> ころころ <input type="checkbox"/> 下痢と便秘が交互 ・便秘薬の使用 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
小便	昼間____回 就寝後____回 色 <input type="checkbox"/> 濃い黄色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 薄い黄色 <input type="checkbox"/> 無色 <input type="checkbox"/> その他の色 <input type="checkbox"/> スッキリ出る <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 渋る <input type="checkbox"/> 痛みがある
水分	1日の合計摂取量 約____ml <input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 唇が乾燥する <input type="checkbox"/> のどは渇かない
舌	・苔が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・色は <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 濃い <input type="checkbox"/> 白 黄色 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 茶色
口腔	<input type="checkbox"/> 苦い <input type="checkbox"/> えぐい <input type="checkbox"/> すぐ飲みたくなる <input type="checkbox"/> 渇くが飲みたくない <input type="checkbox"/> 唾が多い <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 喉がつまる <input type="checkbox"/> その他の症状()
生理	周期____日型 <input type="checkbox"/> 周期が不順 <input type="checkbox"/> 血のかたまりが出る ・帯下が <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない 生理出血期間 ____日～____日間くらい
手	<input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> ほてる <input type="checkbox"/> 熱い <input type="checkbox"/> 汗をかく
足	<input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> ほてる <input type="checkbox"/> 熱い <input type="checkbox"/> 汗をかく
こり	<input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 首こり <input type="checkbox"/> 背中のかこり <input type="checkbox"/> その他のこり()
胸・脇	<input type="checkbox"/> 胸や脇の圧迫感がある <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 呼吸しづらい <input type="checkbox"/> 動悸がする(部位:) <input type="checkbox"/> ゼイゼイする <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> その他()
胃	・食欲が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> つかえる <input type="checkbox"/> キリキリする <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> ムカムカする <input type="checkbox"/> ゲップが出る <input type="checkbox"/> その他()
腹	<input type="checkbox"/> 下しやすい <input type="checkbox"/> ゴロゴロ鳴る <input type="checkbox"/> 張る <input type="checkbox"/> モコモコ動く <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> 冷えやすい <input type="checkbox"/> その他()
神経	<input type="checkbox"/> 怒りやすい <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 驚きやすい <input type="checkbox"/> よく落ち込む <input type="checkbox"/> 常に不安感がある <input type="checkbox"/> その他()
全身	<input type="checkbox"/> 微熱 <input type="checkbox"/> 寒気がある <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 夢をよく見る <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> ふわふわ感 <input type="checkbox"/> むくみがある(部位:) <input type="checkbox"/> いつも眠い <input type="checkbox"/> 頭痛がする <input type="checkbox"/> 腰痛がある <input type="checkbox"/> その他()
その他に気になる症状など	

最も悩んでいる症状、発症時期など詳しくお書き下さい

今までの治療歴、病歴

現在、服用中の薬

アレルギーや副作用のあった薬

潮田薬局

〒230-0078 神奈川県横浜市鶴見区岸谷4丁目19-11
TEL:045-581-3732