

漢方外来 問診票

記入日 年 月 日

氏名 _____

1: 気になる症状をお書きください。

2: その症状に対して治療を受けた事がありますか? はい いいえ

はい、とお答えの方: 治療内容等お書きください。

()

3: 今までに漢方を内服したことはありますか? いつ頃、症状、漢方名

()

4: 以下該当するものにレ点を付けてください。

寒がり 暑がり 温かい飲み物が好き 冷たい飲み物が好き 食は細い

胃腸が弱い 意欲や気力がない 声が小さい 声は大きい 尿の回数が少ない

下痢をする 便秘 (回/ 日) 汗かき 月経痛(鎮痛剤: 効く 効かない)

月経血が少ない 月経血が多い、塊がでる のぼせる めまい 動悸 むくみ

顔面紅潮 不眠 イライラ 元気がない やる気が出ない 疲れやすい

食欲がない 不安 喉の詰まり感 憂鬱 無気力 起きられない 貧血

爪が割れやすい 眼の下のクマ おへそ周りを押すと痛い 痔 顔がほてる

頭痛 (どんな時にありますか?:)

冷え (部位:)