

ふりがな	男・女	生年	大正・昭和		
氏名		年月日	平成・	年	月 日 ( 歳)
住所	〒 -	自宅 ( ) -			
		携帯 ( ) -			
既往歴					
運動歴					
生活歴	アルコール( ) タバコ ( 本/日, 年間) 禁煙歴( 年) サプリメントや習慣的に摂取しているもの( )				
現病歴	(どんな症状が、いつからあるか、検査や治療もあれば書いてください) 書ききれない場合は裏面をご利用ください。				

アレルギー症状がありますか？ はい ( ) ・いいえ

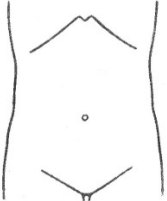
大便： 回/ 日～ 日、便秘傾向：あり・なし、軟便下痢傾向：あり・なし  
痔の傾向：あり・なし 下剤( )

小便： ～ 回/日中、 ～ 回/夜間、排尿時の症状( )

月経：順・不順・無 [周期： 日～ 日]、月経期の症状：  
更年期( )、閉経( 歳)、婦人科手術歴：

食欲：亢進・普通・低下、食後の眠気：あり・なし、やる気：亢進・普通・低下  
睡眠：熟睡・普通・浅眠、寝つき：良い・普通・不良  
就寝( 時)／起床( 時)、眠剤：

体調：良い・普通・疲れる、目のくま：あり・なし  
むくみ：朝の顔や手のむくみ・夕方足のむくみ・靴下の跡がつく  
頭痛：あり・なし、めまい：あり・なし、耳鳴：あり・なし：  
乗り物酔い：あり・なし、イライラ・怒りっぽい：あり・なし  
顔ののぼせ：あり・なし、肩こり：あり・なし、口内炎：あり・なし  
のどのつまった感じ：あり・なし、吐き気：あり・なし、口が渇く：あり・なし  
飲料水：多量・普通・あまり飲まない、飲み物：温かい方を好む・普通・冷たい方を好む  
口が粘る・苦い：あり・なし、唾液が少ない：あり・なし、胸やけ：あり・なし  
上腹部のつまり感：あり・なし、胃腸の症状：  
咳：あり・なし、痰：あり・なし、息切れ：あり・なし、  
ぜいぜい：あり・なし、どきどき：あり・なし、  
手の冷え：あり・なし、足の冷え：あり・なし、手足のほてり：あり・なし  
ふらつき：あり・なし、紫斑(青たん)ができやすい：あり・なし、乾燥傾向：あり・なし  
発汗：あり・なし、寝汗：あり・なし、手のひらの汗：あり・なし、足底の発汗：あり・なし  
体全体として寒い：あり・なし、体全体としてあつい：あり・なし、  
体の上の方はあついが下の方は冷たい：あり・なし

身長：	脈：		診断
体重：	舌：		処方
体温：	腹：		
血圧：			