

予 診 表

初診 平成 年 月 日

お名前		男 ・ 女	既婚 未婚	明 平 大 昭 年 月 日生 (歳)
ご住所			電話	
ご職業			身長	cm 体重 kg
主訴	一番治したい症状：			
症状	食欲	ある ない		
	睡眠	眠れる 眠れない		
	便秘	1日 回 (硬・軟) 血液がまじる		
		便秘 しない・する (日 回)		
		下痢 しない・する (1日 回)		
	尿	多い 普通 少ない 近い 夜間 回		
	胃	胃がつかえる, 吐き気, 腹痛		
	せき	ある ・ ない		
	たん	ある ・ ない		
	のど	のどがかわく, 口がねばる, 口がにがい		
	鼻	鼻がつまる, 鼻水が出る, 鼻血が出る		
	胸	心臓や胸が重苦しい, 動悸, 息切れ		
	汗	汗をよくかく (どこに) ・ かかない		
	痛み	肩痛, 背痛, 腰痛, 膝痛, その他 ()		
	しびれ	手 (左 ・ 右), 足 (左 ・ 右)		
冷え	手足, 腰, 背, 腹, その他 ()			
むくみ	顔, 手, 足, その他 ()			
体質	寒がり 暑がり	冷え症 のぼせ症	風邪をひきやすい	
既往歴	今までにかかった主な病気：			
	現在、病院に通っていますか はい・いいえ			
	病名はなんですか ()			
	お飲みのお薬はなんですか ()			
	現在、ご自身でお飲みのお薬、健康食品があればお書き下さい			