

# 問診表

相談日	氏名	生年月日 年	住所	お電話
年 月 日	性別男女	月 日		アドレス

※この問診表は東洋医学的な診断治療を進めていく上で大切な手がかりとなるものです。  
最近1年間くらいの体調を考え、7~15項目程度を目安として、  
思い当たる項目の□内に✓を記入して下さい。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.湿度が高い日には症状が悪化する     | <input type="checkbox"/> 33.食後、胃がもたれやすい         |
| <input type="checkbox"/> 2.体がほてりやすい            | <input type="checkbox"/> 34.どちらかという就多食である       |
| <input type="checkbox"/> 3.四肢や体が重だるい           | <input type="checkbox"/> 35.脇腹がつかえて痛む           |
| <input type="checkbox"/> 4.疲れやすく持続力がない         | <input type="checkbox"/> 36.よくおなかがシクシク痛む        |
| <input type="checkbox"/> 5.ソクソクとさむけがしやすい       | <input type="checkbox"/> 37.腹が張ってガスが出やすい        |
| <input type="checkbox"/> 6.クーラーにあたるのがイヤである     | <input type="checkbox"/> 38.左下腹部に痛みがある          |
| <input type="checkbox"/> 7.血管が浮き出ている（静脈の怒張）    | <input type="checkbox"/> 39.やせ型で内臓下垂がある（胃下垂など）  |
| <input type="checkbox"/> 8.重い外傷や大手術をしたことがある    | <input type="checkbox"/> 40.便がコロコロしていて硬い        |
| <input type="checkbox"/> 9.寝つきが悪く、よく夢を見る       | <input type="checkbox"/> 41.便秘がちである             |
| <input type="checkbox"/> 10.明け方に目が覚めてしまう       | <input type="checkbox"/> 42.下痢しやすい、または軟便傾向にある   |
| <input type="checkbox"/> 11.朝起きにくく、寝ぼうしやすい     | <input type="checkbox"/> 43.尿が黄色くなりやすい          |
| <input type="checkbox"/> 12.口臭がある              | <input type="checkbox"/> 44.夜間、尿の回数が多い          |
| <input type="checkbox"/> 13.口が苦く、胸やけする         | <input type="checkbox"/> 45.精力減退がある             |
| <input type="checkbox"/> 14.水っぼい鼻水やたんがでやすい     | <input type="checkbox"/> 46.生理の量が少ない            |
| <input type="checkbox"/> 15.鼻水やたんが粘って色がつきやすい   | <input type="checkbox"/> 47.肩がこりやすい             |
| <input type="checkbox"/> 16.舌にできものができやすい       | <input type="checkbox"/> 48.手足がしびれることがある        |
| <input type="checkbox"/> 17.唇が白っぽい             | <input type="checkbox"/> 49.手のひらや足の裏が赤い         |
| <input type="checkbox"/> 18.生理が不順である           | <input type="checkbox"/> 50.筋肉がこわばり痛む           |
| <input type="checkbox"/> 19.喉や胃がつかえた感じがする      | <input type="checkbox"/> 51.足腰がだるい              |
| <input type="checkbox"/> 20.喉がはれて痛みやすい         | <input type="checkbox"/> 52.寒がりて足腰が冷える          |
| <input type="checkbox"/> 21.よく目がかすんだり、疲れたりする   | <input type="checkbox"/> 53.よくコムラ返りする           |
| <input type="checkbox"/> 22.匂いがあまりわからない        | <input type="checkbox"/> 54.爪の色に赤みがない           |
| <input type="checkbox"/> 23.顔や手足がむくみやすい        | <input type="checkbox"/> 55.比較的動くのがおっくうである      |
| <input type="checkbox"/> 24.頭が重く感じ、めまいを起こす事がある | <input type="checkbox"/> 56.不安になりやすい            |
| <input type="checkbox"/> 25.髪の毛が荒れやすい          | <input type="checkbox"/> 57.気を使うと体調が狂いやすい       |
| <input type="checkbox"/> 26.話し声が小さいと言われる       | <input type="checkbox"/> 58.温かい物が好きである（季節に関係なく） |
| <input type="checkbox"/> 27.心臓や血管の病気がある        | <input type="checkbox"/> 59.冷たい物が好きである（季節に関係なく） |
| <input type="checkbox"/> 28.血圧が高くなりやすい         | <input type="checkbox"/> 60.出産や流産をしたことがある       |
| <input type="checkbox"/> 29.低血圧で立ちくらみしやすい      | <input type="checkbox"/> 61.皮下出血しやすい（アザができやすい）  |
| <input type="checkbox"/> 30.動くとすぐ息ぎれがする        | <input type="checkbox"/> 62.皮膚が乾燥している           |
| <input type="checkbox"/> 31.胸苦しいことがある          | <input type="checkbox"/> 63.体が痒くなることが多い         |
| <input type="checkbox"/> 32.水太りの傾向がある          | <input type="checkbox"/> 64.吹出物がでやすい            |