

1	主訴（本日のご来院の目的、現在一番困っている症状）					
2	既往症（これまでにかかった病気、怪我、手術など）					
3	現在病院にかかっていますか？			はい	いいえ	
	病院名：				科	
4	現在服用している薬はありますか？			有	無	
	お薬名：					
5	食欲	有			無	
6	便秘	1日	回	日に1回	便秘薬の使用	有 無
7	月経	順		不順	月経痛	有 無
8	睡眠	良い		悪い	いろいろ	
9	尿	よくでる		出にくい	残った感じ	
10	夜間尿（就寝後）	一晩	回	無		
11	頭痛（頭重）	いつもある		時々ある	無	
12	のぼせ（頭に血がのぼったようにカアツとなる）	有			無	
13	めまい・立ちくらみ	有			無	
14	耳鳴り	有（左・右）			無	
15	動悸（ドキドキする）	有			無	
16	冷え	有（部位 手・足・腹・腰）			無	
17	口が渇く	有			無	
18	口の中が苦い	有			無	
19	胸や腹が張る感じ（膨満感）	有			無	
20	汗をかきやすい	有			無	
21	寝汗をかく	有			無	
22	体のむくみ	有			無	
23	手足のほてり	有			無	
24	肩こり	有			無	
25	目の疲れ	有			無	
26	体の疲れ	有			無	
27	水分摂取	多い			少ない	
28	甘い物	多い	普通		少ない	
29	アルコール類	飲む（1日	程度）		飲まない	
30	たばこ	吸う（1日	本）		吸わない	
31	果物	多い	普通		少ない	
32	野菜	多い	普通		少ない	
33	肉類	多い	普通		少ない	
34	魚類	多い	普通		少ない	
35	あぶら物	多い	普通		少ない	
36	茶	多い	普通		少ない	