

さくら堂漢方薬局 体調チェック表

記入日 H 年 月 日

お名前	性別 男・女	生年月日 T・S・H	年 月 日
	職種・環境など		
身長・体重	cm / kg		
お悩みのこと・病歴など			

当てはまる項目の□にチェックをして下さい

体格	<input type="checkbox"/> 中肉中背 <input type="checkbox"/> 筋肉質 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> やせている
体質	<input type="checkbox"/> 丈夫 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 虚弱 <input type="checkbox"/> アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> かぜを引きやすい <input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい
性格や情緒	<input type="checkbox"/> 意志が強い <input type="checkbox"/> 短気・怒りやすい <input type="checkbox"/> 楽天的・気長 <input type="checkbox"/> 落ち込みやすい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 不安感がある <input type="checkbox"/> 何となく落ち着かない <input type="checkbox"/> 緊張しやすい
汗の状況	<input type="checkbox"/> 汗かき <input type="checkbox"/> 汗をかきにくい <input type="checkbox"/> 寝汗をかく <input type="checkbox"/> 手のひらに多汗
嗜好品	<input type="checkbox"/> 冷たいもの <input type="checkbox"/> 辛いもの <input type="checkbox"/> しょっぱいもの <input type="checkbox"/> 甘いもの <input type="checkbox"/> 油っこいもの <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> スナック菓子 <input type="checkbox"/> たばこ
顔色	<input type="checkbox"/> 赤黒い <input type="checkbox"/> 青黒い <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 青白い <input type="checkbox"/> 黄色い <input type="checkbox"/> 油っぽい <input type="checkbox"/> つやがない <input type="checkbox"/> 普通
皮膚	<input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> じとじとする <input type="checkbox"/> かゆみがある <input type="checkbox"/> ひりひりする <input type="checkbox"/> さわさわする <input type="checkbox"/> 鮫肌 <input type="checkbox"/> いぼがでやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい
血圧	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い 血圧の測定値(例:140/90) / mmHg
大便	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す <input type="checkbox"/> かたい便 <input type="checkbox"/> ころころ <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 粘液を伴う
排便回数・服薬など	(例:3日に1回 コーラック3日に1回2錠)
小便	<input type="checkbox"/> 小便が近い <input type="checkbox"/> 回数が少ない <input type="checkbox"/> 出渋る <input type="checkbox"/> 尿漏れする <input type="checkbox"/> 夜尿症 <input type="checkbox"/> 排尿痛がある <input type="checkbox"/> 残尿感がある <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> タンパク尿 <input type="checkbox"/> 陰部のかゆみや違和感がある
排尿回数	(例:日中5回 夜間2回)
頭部	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> のぼせ <input type="checkbox"/> 帽子をかぶっているよう <input type="checkbox"/> 頭汗 <input type="checkbox"/> 脱毛症 <input type="checkbox"/> フケが多い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 湿疹がある
目	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 充血しやすい <input type="checkbox"/> 乾燥する <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 涙が出やすい <input type="checkbox"/> 視力減退 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> まぶたが重たい
耳	<input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 耳の閉塞感 <input type="checkbox"/> 耳の中が痛い
鼻	<input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 水様の鼻水が多い <input type="checkbox"/> 粘性の鼻汁が多い <input type="checkbox"/> 臭いがわからない <input type="checkbox"/> 鼻腔が痛い <input type="checkbox"/> 鼻の中がかゆい
口	<input type="checkbox"/> 唾液が多い <input type="checkbox"/> 唾液が少ない <input type="checkbox"/> 口が粘る <input type="checkbox"/> 口の中が荒れる <input type="checkbox"/> 口内炎がよくできる <input type="checkbox"/> 口の中が乾燥する <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口が苦い <input type="checkbox"/> 口がすっぱい
舌	<input type="checkbox"/> 舌が痛む <input type="checkbox"/> 舌が割れる <input type="checkbox"/> 舌の苔が厚い <input type="checkbox"/> 舌の苔が黄色い <input type="checkbox"/> 舌の縁に歯型がある
のど	<input type="checkbox"/> のどをはらしやすい <input type="checkbox"/> のどにつかえ感がある <input type="checkbox"/> のどに異物感がある <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> のどがかゆい <input type="checkbox"/> から咳がでる <input type="checkbox"/> 痰が多い <input type="checkbox"/> 痰がからむ <input type="checkbox"/> 黄色い痰が出る <input type="checkbox"/> 白い痰が出る <input type="checkbox"/> 血痰が出る <input type="checkbox"/> 夜間の咳が多い <input type="checkbox"/> 日中咳が多い
首・肩・背	<input type="checkbox"/> 首筋がこる <input type="checkbox"/> 肩がこる <input type="checkbox"/> 背中がこる <input type="checkbox"/> 背中が痛い
胸脇部	<input type="checkbox"/> 胸苦しい <input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 息切れする <input type="checkbox"/> 圧迫感がある <input type="checkbox"/> 胸部が痛む <input type="checkbox"/> 脇が痛い
胃	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> もたれる <input type="checkbox"/> つかえる <input type="checkbox"/> 胸焼けがある <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> はきけ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> げっぷが多い <input type="checkbox"/> よく食べすぎる <input type="checkbox"/> よく飲みすぎる <input type="checkbox"/> 食欲の過亢進 <input type="checkbox"/> 膨満感がある <input type="checkbox"/> チャブチャブと音がする <input type="checkbox"/> 灼熱感がある <input type="checkbox"/> 冷える
腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部が痛い <input type="checkbox"/> 左わき腹痛 <input type="checkbox"/> 右わき腹痛 <input type="checkbox"/> 腹がはる <input type="checkbox"/> 腹が冷える <input type="checkbox"/> ゴロゴロいう <input type="checkbox"/> 腹部に動悸がある
手足	<input type="checkbox"/> 冷える <input type="checkbox"/> ほてる <input type="checkbox"/> 痛む <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 震える <input type="checkbox"/> むくむ <input type="checkbox"/> 重く感じる <input type="checkbox"/> 力が入らない
腰	<input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 冷える <input type="checkbox"/> 重い
睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> いくら寝ても寝足りない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中覚醒する <input type="checkbox"/> 早く目覚める <input type="checkbox"/> 目覚めが悪い <input type="checkbox"/> 夢が多い <input type="checkbox"/> いびきがひどい <input type="checkbox"/> 夜更かしが多い

女性の方は以下の項目についてご記入ください

月経周期	<input type="checkbox"/> 早くなりやすい <input type="checkbox"/> 遅れやすい <input type="checkbox"/> 早くなったり遅れたりする <input type="checkbox"/> 稀発月経 <input type="checkbox"/> 無月経
月経痛	<input type="checkbox"/> 月経前に痛む <input type="checkbox"/> 月経1~2日目に痛む <input type="checkbox"/> 月経3~4日目に痛む <input type="checkbox"/> 月経後半に痛む
月経困難	<input type="checkbox"/> 頭痛を伴う <input type="checkbox"/> ニキビができる <input type="checkbox"/> のぼせる <input type="checkbox"/> 胸がはる <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> だらだらと続く <input type="checkbox"/> 3日程度で終わってしまう <input type="checkbox"/> 月経血にレバーの様なかたまりが多く混じる <input type="checkbox"/> おりものが多い
妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 出産経験がある <input type="checkbox"/> 流産経験がある <input type="checkbox"/> 不妊症