　　　　　　　　　漢方カウンセリングシート　　　年　　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お名前 | | フ　リ　ガ　ナ | | 生年月日 | 年  　　月　日 | 身長 | cm | |
| 体重 | kg | |
| 現在のお悩み | |  | | | | | 血圧 | ～ | |
| クレアチニン |  | |
| 尿酸値 |  | |
| 薬　　歴 | | | | 副作用歴（漢方を含む） | | 罹患歴 | | |
| 年　月　日  年　月　日 | | |  | 年　月　日  　　年　月　日 | | 年　月　日  年　月　日 | | |
| 体質チェック（該当するものに☑） | | | | | | | | |
| □アレルギー体質　□アトピー　□ニキビができやすい　□便秘　□下痢　□胃がもたれやすい　□食欲不振　□風邪を引きやすい　□夜寝つきが悪い　□夜時々目が覚める　□低血圧　□冷え性　□手足がほてる　□偏頭痛　□頭痛が起きやすい　□易疲労　□貧血　□肩こり　□青あざが出来やすい□汗をかきやすい　□肥満　□体重が増えない　□抜け毛　□生理不順　□生理痛酷い□下腹部が重い□頻尿  □膀胱炎になりやすい□時々目がかすむ　□飛蚊症　□白内障だった（眼科罹患有：　　　　　）　□運動を好む　□物忘れが激しい　□寝るのが好き　□その他（ | | | | | | | | |
| 食事の傾向チェック（摂る頻度が高いものには〇　時々摂るものには△　摂る頻度がかなり低いものには×を） | | | | | | | | |
| ・タバコ　・コーヒー　・紅茶　・日本茶　・ウーロン茶　・ビール　・日本酒　・焼酎　・ウイスキー  ・味噌汁　・パン　・ごはん　・ピザ　・カレーライス　・豚カツ　・そば　・うどん　・ラーメン　・パスタ　・天ぷら　・乳製品　・大豆製品　・納豆　・刺身　・白身魚　・青魚（サバ、カツオ、イワシなど）  ・肉　・牡蠣　・海藻類　・豆類　・緑黄色野菜　・アブラナ科植物（大根葉、ブロッコリー、など）・果物　・スナック菓子　・和菓子　・洋菓子　・カツオ、昆布等からのだし　・化学調味料（コンソメ、本だしなど含む）・コンビニ弁当　・コンビニサラダ　・カップ麺　・その他（ | | | | | | | | |
| 漢方薬 | お客様の体質　□瘀血　□交感神経亢進　□副交感神経亢進　□腎機能低下　□肝機能低下  弱いと考えられる部位 | | | | | | | |
| 体で他に気になること | | | | | | | | |
| 弊薬局を知ったきっかけ又は、ご紹介者のお名前をご記入ください。 | | | | | | | | |