

# 漢方カウンセリングシート

年 月 日

お名前	フリガナ	生年	年	身長	cm	
		月日	月日	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☑) <input type="checkbox"/> アレルギー体質 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ニキビがしやすい <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃がもたれやすい <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 夜寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜時々目が覚める <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 手足がほてる <input type="checkbox"/> 偏頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛が起きやすい <input type="checkbox"/> 易疲労 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 青あざが出来やすい <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 体重が増えない <input type="checkbox"/> 抜け毛 <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 生理痛酷い <input type="checkbox"/> 下腹部が重い <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 膀胱炎になりやすい <input type="checkbox"/> 時々目がかすむ <input type="checkbox"/> 飛蚊症 <input type="checkbox"/> 白内障だった (眼科罹患有: ) <input type="checkbox"/> 運動を好む <input type="checkbox"/> 物忘れが激しい <input type="checkbox"/> 寝るのが好き <input type="checkbox"/> その他 (						
食事の傾向チェック (摂る頻度が高いものには○ 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 <input type="checkbox"/> 瘀血 <input type="checkbox"/> 交感神経亢進 <input type="checkbox"/> 副交感神経亢進 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 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。						