



**現在のその他の症状・状態についてご記入下さい。**

下記の中で当てはまるものを全て○で囲み、特に症状がひどいものを◎で囲んで下さい。

疲れやすい 体全体が重い(だるい) 物事に驚きやすい 些細なことが気になる  
イライラしやすい 乗り物酔いをする

便通：便秘( )日に( )回くらい 下痢 痔

小便：1日に( )回くらい 夜間就寝後から起床時までに( )回くらい

食欲：良い 普通 ない

睡眠：良い 寝つきが悪い 途中で目が覚める 夢を見るときは不快な夢が多い  
食後すぐに眠くなる

汗：汗をかきやすい 特に首から上にかきやすい 寝汗をかく 手のひらに汗をかく

発熱・悪寒：熱がりである 寒がりである しもやげができる 体に熱感がある  
上半身、特に顔面にのぼせがくる

口・のど：口の中が乾燥する のどがつかえる感じがする のどが渇く 口が苦い  
口内炎ができやすい 口や舌が荒れやすい

目：目が疲れる 目がかすむ 目の下にクマができやすい

耳・鼻：めまい 立ちくらみ 耳鳴り 鼻水 鼻づまり 鼻血が出やすい

胸：せき 痰 息切れ 動悸 胸焼け みぞおちがつかえる

腹：嘔気 嘔吐 ゲップが出る 腹痛 腹が張る 腹が鳴る

皮膚：湿疹がでやすい 吹き出物がでやすい 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ  
よくアザになる 髪が抜けやすい 爪がもろい 静脈瘤がある  
毛細血管が浮き出て見える

月経：現在妊娠の可能性はある 月経周期は順( )日・不順

生理の期間が1週間以上続く おりものがある 生理血にかたまりがある  
生理痛があり、休養や薬を必要とする

こる：首 肩 背中 腰 その他( )

痛む：頭 首 肩 手 膝 足 腰 その他( )

しびれる：手 足 その他( )

ふるえる：手 足 その他( )

冷える：手 足 腰 全身 その他( )

ほてる：顔 手 足 その他( )

むくむ：顔 手 足 その他( )

**その他、どのようなことでもよろしいのでご記入下さい。(心配・気になること、希望することなど)**

**よろしければ、当院の受診理由として当てはまるものを○で囲んで下さい。(いくつでも)**

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介(紹介者 )

インターネット 医師の勧め(病院名 医師名 )

その他( )

**表面もありますので忘れずにご記入下さい。**