



氏名

今回のお薬は飲みましたか？ ( はい ・ いいえ )

その他 (飲みにくかったなど)

症状は良くなりましたか？ ( 良くなった ・ 変わらない ・ 悪くなった )

その他

現在気になる症状を順番に記入してください

1 : ( \_\_\_\_\_ )

2 : ( \_\_\_\_\_ )

3 : ( \_\_\_\_\_ )

言葉に表しにくい症状は以下の図に印をつけて記入してください



次の症状についてお答えください (こちらは漢方薬の方のみ記入してください)

食欲はありますか？ ( はい ・ 普通 ・ いいえ )

大便是毎日ありますか？ ( \_\_\_\_\_ ) 日に ( \_\_\_\_\_ ) 回くらい

小便は何回くらいですか？ 昼間 ( \_\_\_\_\_ ) 回、寝てから ( \_\_\_\_\_ ) 回

よく眠れますか？ ( はい ・ 普通 ・ いいえ )

よく汗をかきますか？ ( はい ・ 普通 ・ いいえ )

熱感やほてり感がありますか？ ( はい ・ いいえ )

寒気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

冷えはありますか？ ( はい ・ いいえ )

次回受診希望の候補日をあげてください