

和漢問診票

記入日 年 月 日

患者番号： 氏名：

最近（1～2週間）の状態についてお答え下さい。

いいえ：症状の全くない場合

少し：症状があるが気にならない程度の場合

はい：症状がはっきりあるが、日常生活に支障のない程度の場合

非常に：症状が強く、しばしば日常生活に支障をきたす場合

いずれか一つに○をつけて下さい。

1. からだがだるい	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
2. からだが重い	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
3. 気力がない	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
4. 集中力がない	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
5. 疲れやすい	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
6. 風邪をひきやすい	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
7. 昼間に眠くなる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
8. 眠れない・眠りが浅い	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
9. 朝に起きにくい	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
10. ゆううつである	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
11. 焦燥感に襲われる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
12. ちょっとしたことに驚きやすい	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
13. 顔が紅潮する	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
14. 足が冷え、顔がのぼせる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
15. 手や足がのぼせる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
16. 手や足が冷える	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
17. 朝起きるとからだが強張る	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
18. しびれや感覚の鈍いところがある	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
19. 手の平や足の裏に汗をかく	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
20. こむらがえりがする	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
21. ズキズキと脈打つような頭痛が発作的に起こる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
22. 頭が重い	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
23. 目が疲れる	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に
24. めまいがする	いいえ	・	少し	・	はい	・	非常に

(※裏面もあります)