布亀漢方薬局 HP
FAX　0798-35-7667
(TEL　0798-35-7997)

漢方相談問診票

記入日：H.　　年　　月　　日

★FAX の無い方は、下記に従ってお電話での問診も承ります。下記を見ながら上記 TEL までお電話下さい。

ふりがな **お名前**	様	**性別**	男 女	**受取支払**	□ **来店**(現金) □ **直送**(代引・NP 後払)		
生年月日	M.T.S.H.　　年　　月　　日 (満　　歳)			**体温**	℃	**血圧**	/
ご住所 **(No.　)**	〒　　－					**身長**	cm
						体重	kg
自宅	－　　－	**携帯**	－　　－		**FAX**	－　　－	

★TEL 相談可能な時間帯(　　～　　)時頃 (頂いた基礎データを元に後程、薬剤師より直接お電話致します)

●ご相談になりたいこと(お悩みの症状は何か、いつ頃から等、具体的にご記入下さい)**：**

●現在服用中の薬(健康食品を含む、医薬品名を記載又はお薬手帳のコピーを一緒に FAX 下さい)：

●以前に服用していた薬(健康食品を含む)：

●幼少期から現在までにかかった病気・時期・手術経験：

①体格　□がっちり　□太っている　□太り気味　□中肉中背　□やせ気味　□やせている
②体力　□強い　□普通　□弱い　□疲れやすい
③体質　□冷え性　□のぼせ症　□寒がり　□暑がり　□胃腸が弱い　□食欲がない
□肩がこる　□汗をかきやすい　□むくみやすい(上半身・下半身)　□息切れしやすい
□快眠　□不眠　(　寝付きが悪い・途中で目が覚める・よく夢を見る　)
④食事　□外食が多い　□偏食が多い　□好き嫌いなし
⑤好きな食べ物　(　　)　**⑥嫌いな食べ物**　(　　)
⑦アルコール　(　日間に平均　回　杯)　**⑧たばこ**　(　日間に平均　回　本)
⑨大便　(　日間に平均　回)　□便秘気味　□下痢気味　□お腹が張る　□便秘と下痢が交互
⑩小便　(1 日間に平均　回、夜間　回)　量(　　)色(　　)　□排尿痛　□残尿感　□濁り

◎女性の方のみ(閉経後の方や妊娠中はそれ以前の状態)
○**生理**　(　日型)　周期　(定期的・早くなる・遅くなる)　量(多･少)　□**月経痛**(前・後)
□**妊娠中**　□**授乳中**　○**出産経験**（有・無）　○**流産**（有・無）○**おりもの**（有・無）色(透明・黄色・褐色)