

健康の相談窓口 問診票

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		年齢	歳	男性 ・ 女性
住所	〒 ー			
電話番号		FAX		
メールアドレス				

どんな症状でお悩みですか				
症状はいつからですか				
何時頃がひどいですか	時頃	顔色はどうですか		
体型	やせ型 ・ 太め ・ ぽっちゃり ・ がっちり			
おしっこの色	例) 黄色い、無色透明など			
便の状態	例) かたい、やわらかい、下痢気味など			
現在、服用しているお薬はありますか				
アレルギーと副作用の経験はありますか				

女性の方にのみ ご質問です	妊娠していますか	はい ・ いいえ	自分は冷え性だと思いますか	はい ・ いいえ
	生理は周期的ですか	はい ・ いいえ	肩こりがありますか	はい ・ いいえ

ご自由にお書きください	
-------------	--

公開について いただいた内容を公開してもよろしいですか? はい いいえ

表示するお名前(ペンネーム)
※公開してもいい名前をお書きください

項目を記入して下記までFAXください

FAX.0575-24-0056