

# 受付カード

ご来店日	年 月 日	差支えのない範囲でご記入ください			
フリガナ		住所	〒		
氏名	男・女				
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	血液型	型	体重 kg	身長 cm
電話		紹介者			
職業		過去に漢方を服用された経験	あり・なし		
家族	未婚・既婚	子供	人	e-mail	
主訴					
既往歴					
家族歴					
現在服用中の薬	あり・なし				

寒熱	悪寒・発熱、出現する時間、寒熱の特色、手足の冷え
汗	汗(有・無)、量(多・少)、汗の出る時間(昼間・夜間・1日中)、汗の出る部位(全身、半身、頭、手足)
飲食	口渇(有・無)、食欲(有・無)、量(多・少)、冷たいものを好む・熱いものを好む 五味 好きな味(酸・苦・甘・辛・鹹(塩辛い))、嫌いな味(酸・苦・甘・辛・鹹(塩辛い))
二便	大便 性状(便秘・下痢)、回数( 日に 回)、量の多少、排便時の違和感(有・無)
	小便 回数( 回/日)、色(濃・薄)、量(多・少)、排尿時の違和感(有・無)
睡眠	不眠(入眠困難、夜間覚醒、早期覚醒)、昼間眠くなる
月経・帯下	月経(有・無)、月経周期(長・短・不定期)、日数( 日) 量(多・少)、色(紅・淡紅・深紅・紫暗・暗紅)、血塊(有・無)、月経痛(有・無) 帯下(おりもの)(有・無)、色(白・黄・赤)、性状(濃・薄)
その他	