

4. 頭痛（どのような感じですか）・吐気・嘔吐
5. 眼に関して（近視・遠視・その他）
6. 耳に関して（耳鳴り・聞こえが悪い・その他）
7. 鼻に関して（鼻炎・鼻血が出やすい・その他）
8. 痺れ・麻痺・めまい・てんかん・失神・その他感覚異常（
9. 動悸・息切れ・胸部痛・むくみ
10. 呼吸困難・咳・痰・吐血・喘息
11. 胸焼け・腹痛（胃痛・膨満感・便秘・下痢）・痔・血便
12. 生理痛・生理不順・月経過多・不妊症・性交時の疼痛・更年期障害
13. 頻尿・多尿・乏尿・排尿困難・排尿時痛・残尿感・尿失禁・血尿
14. 寒がり・暑がり・汗をかきやすい・乾燥肌・抜け毛
15. 関節痛・筋肉痛
（どこが、どのように気になりますか）
16. アレルギー
（どのようなアレルギーですか）
17. 精神的ストレス・睡眠障害・健忘・集中力低下・慢性疲労

【以下の質問にあてはまる場合は「はい」、そうでない場合は「いいえ」に○をつけてください】

1. 現在病院に通われていますか（はい/いいえ）
2. 現在お薬を飲んでいますか（はい/いいえ）
3. 過去に病院に通われていたことはありますか（はい/いいえ）
4. 過去に大きな怪我をしたことはありますか（はい/いいえ）
5. 過去に手術を受けたことはありますか（はい/いいえ）
6. 交通事故にあったことはありますか（はい/いいえ）
7. 妊娠中ですか（はい/いいえ）
8. 嗜好品（酒、タバコ等）はありますか（はい/いいえ）
9. 継続的に行なっているスポーツ、趣味等がありますか（はい/いいえ）
10. ご家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか（はい/いいえ）
11. 過去に健康診断で注意されたことがあれば教えてください

→

ありがとうございました。