最近の体調で、思い当たる項目がありましたら、〇で囲んでください

食欲	旺盛　ふつう　ない	体重	増えてきた　減ってきた　変化なし
間食	する　しない	血圧	最低（　　）～最高（　　）mmhg
睡眠	眠れない　朝はやく目が覚める　1日（　時間）位眠る		
鼻	鼻水　鼻つまり　鼻血	耳	耳鳴（右　左）　難聴（右　左）　耳つまり
眼	疲れる　眼の奥や目頭が痛い　涙がよく出る　異物感(目がゴロゴロする　など) ドライアイ　コンタクト着用　乱視　視力　左（　）右（　）		
便	便秘（数日おき）　便秘（1週間に1回以下）　便秘と下痢を繰り返す その他（　）		
その他	くしゃみ　めまい　じんましん　乗り物酔い　アレルギー（　） 疲れやすい　胃腸が弱い　冷え症　ぜん息（子供のころも含む） からだ（　）のかゆみ　からだ(　）がむくむ		
嗜好	たばこ（1日　本）位　酒類（　）を（毎日 時々）（大量　適量　少量）飲む		
	食べ物の好き嫌いが多い（はい　いいえ） 甘いもの　揚げ物　乳製品　果物　ジュース 炭水化物（ごはん・パン・パスタ・ラーメン・うどん　など）　が好き		

女性の方	妊娠の可能性（ある　ない）	妊娠中の方	現在（　）週目

ご協力ありがとうございました

以下施術者記入

刺絡希望　セルフケア希望　鍼ダメ　灸ダメ 刺絡ダメ　ノイロメーターダメ　テープかぶれる

備考（家族歴・ブライトスポット・鍼灸の経験の有無など）