# 〈不定愁訴〉

名前（　　）

※ 初回時は { 過去の症状には△印 / 現在の症状には○印 / 現在、特に顕著な症状には◎印 } を記入して下さい。

※（　）内は具体的に記入、または○をつけて下さい。
※ あてはまる症状がない場合は、空欄に記入して下さい。
※ 次の回からは日付と症状の変化を右のように記入して下さい。

{ 改　善　A / やや改善　B / 改善しない　C }

| 症状 ＼ 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 頭痛・頭が重い　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 耳鳴り・めまい　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 目が疲れやすい　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 眠りが浅い （　） | | | | | | | | |
| 鼻炎がある（アレルギー性鼻炎・花粉症・蓄膿症） | | | | | | | | |
| せき・たんが出る （ぜんそく・気管支炎・　） | | | | | | | | |
| 肩こり　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 首筋のこり　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 背中の痛み　左、右 （　） | | | | | | | | |
| ムチウチ症　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 腰痛　左、右 （ギックリ腰・椎間板ヘルニア） | | | | | | | | |
| 神経痛・関節痛 （リウマチ・関節炎・　） | | | | | | | | |
| 手足のしびれ・ふるえ　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 高血圧・低血圧 （　） | | | | | | | | |
| 動悸・息切れがする （心臓病・心筋梗塞・　） | | | | | | | | |

| 症状 ＼ 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 歯並びが気になる （　） | | | | | | | | |
| 顎がなる　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 顎の関節が痛い　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 口が開きにくい　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 虫歯がある | | | | | | | | |
| 歯槽膿漏がある （治療中・未治療　） | | | | | | | | |
| 歯ぎしり （いつも・時々　） | | | | | | | | |
| 口内炎 （　） | | | | | | | | |
| 消化器系疾患がある （食道・胃・腸・肝臓・すい臓） | | | | | | | | |
| 腎臓・尿路の疾患がある （腎炎・排尿異常・　） | | | | | | | | |
| 下痢しやすい （　） | | | | | | | | |
| 便秘がちである （　） | | | | | | | | |
| 痔がある （　） | | | | | | | | |
| 生理痛・生理不順 （　） | | | | | | | | |
| 冷え性である （　） | | | | | | | | |

| 症状 ＼ 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 自律神経失調症と言われた （　） | | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎と言われた （　） | | | | | | | | |
| 膝が痛い　左、右 （　） | | | | | | | | |
| 足の左右差を感じる （　） | | | | | | | | |
| 水虫がある （　） | | | | | | | | |

AJS