

【例】				
日付	2023/10/4			日付
舌色	紅な感じ			舌色
形	少し胖大			形
苔色	奥に白苔がある			苔色
苔質	奥に少しあるが薄苔			苔質
日付	R6/8/9			日付
舌色	紅紫			舌色
形	やや横に肥大・辺縁に歯型あり			形
苔色	白			苔色
苔質	やや粘質			苔質
				【写真】
日付				日付
舌色				舌色
形				形
苔色				苔色
苔質				苔質



【写真】			【写真】
------	--	--	------

--	--	--	--

日付			日付
舌色			舌色
形			形
苔色			苔色
苔質			苔質

【写真】			【写真】
------	--	--	------

--	--	--	--

日付			日付
舌色			舌色
形			形
苔色			苔色
苔質			苔質

【写真】			【写真】
------	--	--	------

--	--	--	--

日付			日付
舌色			舌色
形			形
苔色			苔色
苔質			苔質



【写真】			【写真】
------	--	--	------


日付			日付	
舌色			舌色	
形			形	
苔色			苔色	
苔質			苔質	

【写真】			【写真】
------	--	--	------


日付			日付	
舌色			舌色	
形			形	
苔色			苔色	
苔質			苔質	

【写真】			【写真】
------	--	--	------


日付			日付	
舌色			舌色	
形			形	
苔色			苔色	
苔質			苔質	



【写真】			【写真】
------	--	--	------

--	--	--	--

日付			日付	
舌色			舌色	
形			形	
苔色			苔色	
苔質			苔質	

【写真】			【写真】
------	--	--	------

--	--	--	--

日付			日付	
舌色			舌色	
形			形	
苔色			苔色	
苔質			苔質	

【写真】			【写真】
------	--	--	------



日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

--	--	--	--	--	--	--	--

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

--	--	--	--	--	--	--	--

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	





【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		



日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

--	--	--	--	--	--	--	--

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	
【写真】						【写真】	

--	--	--	--	--	--	--	--

日付						日付	
舌色						舌色	
形						形	
苔色						苔色	
苔質						苔質	





【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		
日付					日付		
舌色					舌色		
形					形		
苔色					苔色		
苔質					苔質		
【写真】					【写真】		

症例検討として  可  否

# 体調チェックシート

日付	2024/8/3	天気	晴れ			気分	フラットな感じ			
名前	片山直美		年齢	50歳	性別	女	身長	160 cm	体重	54 kg
家族構成	3人(夫・娘)				職業					

心身の気になるところをなるべく詳しく具体的に教えてください。

暑さのためかなんとなくダル  
 疲れやすい  
 目の痒みとかすむことが増えた  
 食後に胃もたれすることがある

全身	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> カゼひきやすい	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血ぎみ		
	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 寒がり		
	冷え	<input type="checkbox"/> 手	汗	コリ	<input checked="" type="checkbox"/> 肩	
		<input checked="" type="checkbox"/> 足			<input type="checkbox"/> 無汗	<input checked="" type="checkbox"/> 背中
		<input type="checkbox"/> 腰			<input checked="" type="checkbox"/> 自汗	<input type="checkbox"/> 腰
		<input checked="" type="checkbox"/> お腹			<input type="checkbox"/> 寝汗	<input checked="" type="checkbox"/> 首
<input checked="" type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> 痛み 部位→	肩		その他			
皮膚	色	質	<input type="checkbox"/> 青	<input type="checkbox"/> 湿潤		
			<input type="checkbox"/> 赤	<input type="checkbox"/> 乾燥		
			<input checked="" type="checkbox"/> 黄	<input type="checkbox"/> キメが粗い		
			<input type="checkbox"/> 白			
			<input type="checkbox"/> 黒			
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> じんましん			
爪	<input type="checkbox"/> 爪割れやすい	<input type="checkbox"/> 爪に横スジ	<input checked="" type="checkbox"/> 爪に縦スジ			
	その他					
頭	頭痛	<input type="checkbox"/> 全体				
		<input type="checkbox"/> 前頭部				
		<input type="checkbox"/> 頂部				
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛				
	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input checked="" type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ポーっとする		
<input type="checkbox"/> ズキズキ						
その他						
	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 白			

目鼻耳	目	<input type="checkbox"/> 充血	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 低	鼻水	<input type="checkbox"/> 黄	<input checked="" type="checkbox"/> サラサラ	<input type="checkbox"/> ネバネバ					
		<input checked="" type="checkbox"/> しよぼしよぼ											
		<input type="checkbox"/> ドライ											
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> クシャミ	その他										
口舌喉	口	<input type="checkbox"/> 酸	口渇	<input checked="" type="checkbox"/> 冷飲	セキ	<input type="checkbox"/> 空咳	痰	<input type="checkbox"/> 白					
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 熱飲		<input type="checkbox"/> 激		<input type="checkbox"/> 黄					
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 多					
				<input type="checkbox"/> 欲しくない				<input type="checkbox"/> 少					
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる	<input type="checkbox"/> ゲップが多い	<input type="checkbox"/> のど痛	その他								
	<input type="checkbox"/> のどがつかえる感じ	その他											
胸脇	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸苦しい	<input type="checkbox"/> 脇痛	<input type="checkbox"/> 動機	その他								
	<input type="checkbox"/> 息切れ	その他											
腹部	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 多	胃痛	<input type="checkbox"/> 食前	その他								
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 食後	その他								
	<input type="checkbox"/> 胸ヤケ	<input checked="" type="checkbox"/> もたれ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲水後ポチャポチャ音	その他									
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 下腹部太り	その他										
排便	回数	日	回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬め	その他							
	便は きもちよく	<input checked="" type="checkbox"/> 出る	<input type="checkbox"/> 出ない		<input type="checkbox"/> 軟らかめ	その他							
					<input type="checkbox"/> 水様	その他							
					<input type="checkbox"/> コロコロ	その他							
					<input type="checkbox"/> 泥状	その他							
	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢交互	<input checked="" type="checkbox"/> ガスが多い	<input type="checkbox"/> 残尿感	その他									
排尿	回数	約1日	6	回	夜間	回	その他						
	排尿後 すっきり	<input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	色	<input type="checkbox"/> 透明	その他							
					<input checked="" type="checkbox"/> 黄色っぽい	その他							
	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 出しふる	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> にごり	その他								
睡眠	起床	6	時頃	就寝	11	時頃	その他						
	寝つき	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 悪	寝起き	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 悪	熟睡	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	安定剤	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> よく夢をみる	その他											
月経周期	日型	期間	日	量	<input checked="" type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 少	色	<input type="checkbox"/> 鮮血	<input type="checkbox"/> 黒	<input checked="" type="checkbox"/> 血塊	月経痛	<input type="checkbox"/> 前後	<input checked="" type="checkbox"/> 後
	<input type="checkbox"/> 早												
	<input type="checkbox"/> 遅												
	<input type="checkbox"/> 不順	その他											

婦人科	<input type="checkbox"/> 無				
	おりもの	<input type="checkbox"/> 多	その他生理痛	<input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 吐き気	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ
		<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> イライラ
		<input type="checkbox"/> 白		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 眠気
		<input type="checkbox"/> 黄			
その他					

精神状態	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input checked="" type="checkbox"/> 不安感			
	<input type="checkbox"/> 気が沈む						
	ストレス	<input type="checkbox"/> 多					
		<input type="checkbox"/> 無					
		<input checked="" type="checkbox"/> 仕事					
<input type="checkbox"/> 家庭							
<input type="checkbox"/> 病気							
<input type="checkbox"/> その他							
ストレスの原因	忙しさ、焦り						
食	意識的によく食べているもの		大葉、茗荷、長芋、たまご、青魚				
	好きな食べ物・ないとガマンできないもの		甘いおやつ				
	きらいな食べ物・カラダが受け付けられないもの		辛すぎる物				
	食事回数	<input checked="" type="checkbox"/> 朝	6時	咀嚼	<input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> 早食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 昼			<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 大食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 晩			<input checked="" type="checkbox"/> 普通		
		<input type="checkbox"/> 夜食					
	味覚 (好き○ 苦手△)	<input type="checkbox"/> 酸	間食	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日			
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 時々			
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 辛		よく食べるもの		甘いお菓子・アイス			
<input type="checkbox"/> 塩辛い							
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒						
	<input type="checkbox"/> タバコ						
	<input checked="" type="checkbox"/> コーヒー						
その他							
水分摂取量: 食事以外・何をどのぐらい		お水を500ml程度					

**直近の食事を教えてください。**

ぶっかけそうめん(トマトキュウリ粉チーズとオリーブオイル和え)  
 あじそフライ  
 コーンご飯

うどん(白胡麻担々麺)  
いなり寿司  
サツマイモ天ぷら

舌の状態	舌状	真ん中われてる	舌状	歯形がべろの辺縁についてる 全体にぼてっとしている
------	----	---------	----	------------------------------

苔の状態	苔色	紅黒い	苔質	硬めで粘質
------	----	-----	----	-------

運動	週	0	時間	種目
----	---	---	----	----

休養	週	2	日
----	---	---	---





症例検討として  可  否

# 体調チェックシート

日付	2024/8/3	天気	晴れ			気分	フラットな感じ			
名前	片山直美		年齢	50歳	性別	女	身長	160 cm	体重	54 kg
家族構成	3人(夫・娘)				職業					

心身の気になるところをなるべく詳しく具体的に教えてください。

暑さのためかなんとなくダル  
 疲れやすい  
 目の痒みとかすむことが増えた  
 食後に胃もたれすることがある

全身	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> カゼひきやすい	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血ぎみ		
	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 寒がり		
	冷え	<input type="checkbox"/> 手	汗	<input type="checkbox"/> 無汗	コリ	<input checked="" type="checkbox"/> 肩
		<input checked="" type="checkbox"/> 足		<input checked="" type="checkbox"/> 自汗		<input checked="" type="checkbox"/> 背中
		<input type="checkbox"/> 腰		<input type="checkbox"/> 寝汗		<input type="checkbox"/> 腰
		<input checked="" type="checkbox"/> お腹				<input checked="" type="checkbox"/> 首
<input checked="" type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> 痛み 部位→	肩		その他			
皮膚	色	<input type="checkbox"/> 青	質	<input type="checkbox"/> 湿潤		
		<input type="checkbox"/> 赤		<input type="checkbox"/> 乾燥		
		<input checked="" type="checkbox"/> 黄		<input type="checkbox"/> キメが粗い		
		<input type="checkbox"/> 白				
		<input type="checkbox"/> 黒				
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> じんましん			
爪	<input type="checkbox"/> 爪割れやすい	<input type="checkbox"/> 爪に横スジ	<input checked="" type="checkbox"/> 爪に縦スジ			
	その他					
頭	頭痛	<input type="checkbox"/> 全体				
		<input type="checkbox"/> 前頭部				
		<input type="checkbox"/> 頂部				
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛				
	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input checked="" type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ポーっとする		
<input type="checkbox"/> ズキズキ						
その他						
	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 白		

目鼻耳	目	<input type="checkbox"/> 充血	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 低	鼻水	<input type="checkbox"/> 黄	<input checked="" type="checkbox"/> サラサラ	<input type="checkbox"/> ネバネバ					
		<input checked="" type="checkbox"/> しよぼしよぼ											
		<input type="checkbox"/> ドライ											
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> クシャミ	その他										
口舌喉	口	<input type="checkbox"/> 酸	口渇	<input checked="" type="checkbox"/> 冷飲	セキ	<input type="checkbox"/> 空咳	痰	<input type="checkbox"/> 白					
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 熱飲		<input type="checkbox"/> 激		<input type="checkbox"/> 黄					
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 多					
				<input type="checkbox"/> 欲しくない				<input type="checkbox"/> 少					
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる	<input type="checkbox"/> ゲップが多い	<input type="checkbox"/> のど痛	その他								
	<input type="checkbox"/> のどがつかえる感じ	その他											
胸脇	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸苦しい	<input type="checkbox"/> 脇痛	<input type="checkbox"/> 動機	その他								
	<input type="checkbox"/> 息切れ	その他											
腹部	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 多	胃痛	<input type="checkbox"/> 食前	その他								
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 食後	その他								
	<input type="checkbox"/> 胸ヤケ	<input checked="" type="checkbox"/> もたれ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲水後ポチャポチャ音	その他									
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 下腹部太り	その他										
排便	回数	日	回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬め	その他							
	便は きもちよく	<input checked="" type="checkbox"/> 出る	<input type="checkbox"/> 出ない		<input type="checkbox"/> 軟らかめ	その他							
					<input type="checkbox"/> 水様	その他							
					<input type="checkbox"/> コロコロ	その他							
					<input type="checkbox"/> 泥状	その他							
	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢交互	<input checked="" type="checkbox"/> ガスが多い	<input type="checkbox"/> 残尿感	その他									
排尿	回数	約1日	6	回	夜間	回	その他						
	排尿後 すっきり	<input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	色	<input type="checkbox"/> 透明	その他							
					<input checked="" type="checkbox"/> 黄色っぽい	その他							
	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 出しふる	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> にごり	その他								
睡眠	起床	6	時頃	就寝	11	時頃	その他						
	寝つき	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 悪	寝起き	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 悪	熟睡	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	安定剤	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> よく夢をみる	その他											
月経周期	日型	期間	日	量	<input checked="" type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 少	色	<input type="checkbox"/> 鮮血	<input type="checkbox"/> 黒	<input checked="" type="checkbox"/> 血塊	月経痛	<input type="checkbox"/> 前後	<input checked="" type="checkbox"/> 後
	<input type="checkbox"/> 早												
	<input type="checkbox"/> 遅												
	<input type="checkbox"/> 不順	その他											

婦人科	<input type="checkbox"/> 無				
	おりもの	<input type="checkbox"/> 多	その他生理痛	<input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 吐き気	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ
		<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> イライラ
		<input type="checkbox"/> 白		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 眠気
		<input type="checkbox"/> 黄			
その他					

精神状態	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input checked="" type="checkbox"/> 不安感			
	<input type="checkbox"/> 気が沈む						
	ストレス	<input type="checkbox"/> 多					
		<input type="checkbox"/> 無					
		<input checked="" type="checkbox"/> 仕事					
<input type="checkbox"/> 家庭							
<input type="checkbox"/> 病気							
<input type="checkbox"/> その他							
ストレスの原因	忙しさ、焦り						
食	意識的によく食べているもの		大葉、茗荷、長芋、たまご、青魚				
	好きな食べ物・ないとガマンできないもの		甘いおやつ				
	きらいな食べ物・カラダが受け付けられないもの		辛すぎる物				
	食事回数	<input checked="" type="checkbox"/> 朝	6時	咀嚼	<input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> 早食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 昼			<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 大食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 晩			<input checked="" type="checkbox"/> 普通		
		<input type="checkbox"/> 夜食					
	味覚 (好き○ 苦手△)	<input type="checkbox"/> 酸	間食	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日			
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 時々			
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 辛		よく食べるもの		甘いお菓子・アイス			
<input type="checkbox"/> 塩辛い							
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒						
	<input type="checkbox"/> タバコ						
	<input checked="" type="checkbox"/> コーヒー						
その他							
水分摂取量: 食事以外・何をどのぐらい		お水を500ml程度					

**直近の食事を教えてください。**

ぶっかけそうめん(トマトキュウリ粉チーズとオリーブオイル和え)  
 あじそフライ  
 コーンご飯

うどん(白胡麻担々麺)  
いなり寿司  
サツマイモ天ぷら

舌の状態	舌状	真ん中われてる	舌状	歯形がべろの辺縁についてる 全体にぼてっとしている
------	----	---------	----	------------------------------

苔の状態	苔色	紅黒い	苔質	硬めで粘質
------	----	-----	----	-------

運動	週	0	時間	種目
----	---	---	----	----

休養	週	2	日
----	---	---	---



症例検討として  可  否

# 体調チェックシート

日付	2024/8/3	天気	晴れ			気分	フラットな感じ			
名前	片山直美		年齢	50歳	性別	女	身長	160 cm	体重	54 kg
家族構成	3人(夫・娘)				職業					

心身の気になるところをなるべく詳しく具体的に教えてください。

暑さのためかなんとなくダル  
 疲れやすい  
 目の痒みとかすむことが増えた  
 食後に胃もたれすることがある

全身	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> カゼひきやすい	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血ぎみ		
	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 寒がり		
	冷え	<input type="checkbox"/> 手	汗	<input type="checkbox"/> 無汗	コリ	<input checked="" type="checkbox"/> 肩
		<input checked="" type="checkbox"/> 足		<input checked="" type="checkbox"/> 自汗		<input checked="" type="checkbox"/> 背中
		<input type="checkbox"/> 腰		<input type="checkbox"/> 寝汗		<input type="checkbox"/> 腰
		<input checked="" type="checkbox"/> お腹				<input checked="" type="checkbox"/> 首
<input checked="" type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> 痛み 部位→	肩		その他			
皮膚	色	<input type="checkbox"/> 青	質	<input type="checkbox"/> 湿潤		
		<input type="checkbox"/> 赤		<input type="checkbox"/> 乾燥		
		<input checked="" type="checkbox"/> 黄		<input type="checkbox"/> キメが粗い		
		<input type="checkbox"/> 白				
		<input type="checkbox"/> 黒				
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> じんましん			
爪	<input type="checkbox"/> 爪割れやすい	<input type="checkbox"/> 爪に横スジ	<input checked="" type="checkbox"/> 爪に縦スジ			
	その他					
頭	頭痛	<input type="checkbox"/> 全体				
		<input type="checkbox"/> 前頭部				
		<input type="checkbox"/> 頂部				
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛				
	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input checked="" type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ポーっとする		
<input type="checkbox"/> ズキズキ						
その他						
	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 白		

目鼻耳	目	<input type="checkbox"/> 充血	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 低	鼻水	<input type="checkbox"/> 黄	<input checked="" type="checkbox"/> サラサラ	<input type="checkbox"/> ネバネバ			
		<input checked="" type="checkbox"/> しよぼしよぼ									
		<input type="checkbox"/> ドライ									
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> クシャミ	その他								
口舌喉	口	<input type="checkbox"/> 酸	口渇	<input checked="" type="checkbox"/> 冷飲	セキ	<input type="checkbox"/> 空咳	痰	<input type="checkbox"/> 白			
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 熱飲		<input type="checkbox"/> 激		<input type="checkbox"/> 黄			
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 多			
				<input type="checkbox"/> 欲しくない				<input type="checkbox"/> 少			
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる	<input type="checkbox"/> ゲップが多い	<input type="checkbox"/> のど痛	その他						
	<input type="checkbox"/> のどがつかえる感じ	その他									
胸脇	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸苦しい	<input type="checkbox"/> 脇痛	<input type="checkbox"/> 動機	その他						
	<input type="checkbox"/> 息切れ	その他									
腹部	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 多	胃痛	<input type="checkbox"/> 食前	その他						
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 食後	その他						
	<input type="checkbox"/> 胸ヤケ	<input checked="" type="checkbox"/> もたれ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲水後ポチャポチャ音	その他							
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 下腹部太り	その他								
排便	回数	日	回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬め	その他					
	便は きもちよく	<input checked="" type="checkbox"/> 出る	<input type="checkbox"/> 出ない		<input type="checkbox"/> 軟らかめ	その他					
					<input type="checkbox"/> 水様	その他					
					<input type="checkbox"/> コロコロ	その他					
					<input type="checkbox"/> 泥状	その他					
	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢交互	<input checked="" type="checkbox"/> ガスが多い	<input type="checkbox"/> 残尿感	その他							
	便秘薬										
	その他										
排尿	回数	約1日	6	回	夜間	回	その他				
	排尿後 すっきり	<input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	色	<input type="checkbox"/> 透明	<input checked="" type="checkbox"/> 黄色っぽい	その他				
	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 出しふる	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> にごり	その他						
	その他										
睡眠	起床	6	時頃	就寝	11	時頃	その他				
	寝つき	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 悪	寝起き	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 悪	熟睡	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない		
							安定剤	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> よく夢をみる	その他									
月経周期	日型	期間	日	量	<input checked="" type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 少	色	<input type="checkbox"/> 鮮血	月経痛	<input type="checkbox"/> 前後	<input checked="" type="checkbox"/> 後
	<input type="checkbox"/> 早				<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 黒			
	<input type="checkbox"/> 遅							<input checked="" type="checkbox"/> 血塊			
	<input type="checkbox"/> 不順	その他									

婦人科	<input type="checkbox"/> 無				
	おりもの	<input type="checkbox"/> 多	その他生理痛	<input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 吐き気	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ
		<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> イライラ
		<input type="checkbox"/> 白		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 眠気
		<input type="checkbox"/> 黄			
その他					

精神状態	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input checked="" type="checkbox"/> 不安感			
	<input type="checkbox"/> 気が沈む						
	ストレス	<input type="checkbox"/> 多					
		<input type="checkbox"/> 無					
		<input checked="" type="checkbox"/> 仕事					
<input type="checkbox"/> 家庭							
<input type="checkbox"/> 病気							
<input type="checkbox"/> その他							
ストレスの原因	忙しさ、焦り						
食	意識的によく食べているもの		大葉、茗荷、長芋、たまご、青魚				
	好きな食べ物・ないとガマンできないもの		甘いおやつ				
	きらいな食べ物・カラダが受け付けられないもの		辛すぎる物				
	食事回数	<input checked="" type="checkbox"/> 朝	6時	咀嚼	<input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> 早食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 昼			<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 大食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 晩			<input checked="" type="checkbox"/> 普通		
		<input type="checkbox"/> 夜食					
	味覚 (好き○ 苦手△)	<input type="checkbox"/> 酸	間食	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日			
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 時々			
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 辛		よく食べるもの		甘いお菓子・アイス			
<input type="checkbox"/> 塩辛い							
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒						
	<input type="checkbox"/> タバコ						
	<input checked="" type="checkbox"/> コーヒー						
その他							
水分摂取量: 食事以外・何をどのぐらい		お水を500ml程度					

**直近の食事を教えてください。**

ぶっかけそうめん(トマトキュウリ粉チーズとオリーブオイル和え)  
 あじそフライ  
 コーンご飯

うどん(白胡麻担々麺)  
いなり寿司  
サツマイモ天ぷら

舌の状態	舌状	真ん中われてる	舌状	歯形がべろの辺縁についてる 全体にぼてっとしている
------	----	---------	----	------------------------------

苔の状態	苔色	紅黒い	苔質	硬めで粘質
------	----	-----	----	-------

運動	週	0	時間	種目
----	---	---	----	----

休養	週	3	日
----	---	---	---

症例検討として  可  否

# 体調チェックシート

日付	2024/8/3	天気	晴れ			気分	フラットな感じ			
名前	片山直美		年齢	50歳	性別	女	身長	160 cm	体重	54 kg
家族構成	3人(夫・娘)				職業					

心身の気になるところをなるべく詳しく具体的に教えてください。

暑さのためかなんとなくダル  
 疲れやすい  
 目の痒みとかすむことが増えた  
 食後に胃もたれすることがある

全身	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> カゼひきやすい	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい	<input checked="" type="checkbox"/> 貧血ぎみ		
	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 寒がり		
	冷え	<input type="checkbox"/> 手	汗	<input type="checkbox"/> 無汗	コリ	<input checked="" type="checkbox"/> 肩
		<input checked="" type="checkbox"/> 足		<input checked="" type="checkbox"/> 自汗		<input checked="" type="checkbox"/> 背中
		<input type="checkbox"/> 腰		<input type="checkbox"/> 寝汗		<input type="checkbox"/> 腰
		<input checked="" type="checkbox"/> お腹				<input checked="" type="checkbox"/> 首
<input checked="" type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> 痛み 部位→	肩		その他			
皮膚	色	<input type="checkbox"/> 青	質	<input type="checkbox"/> 湿潤		
		<input type="checkbox"/> 赤		<input type="checkbox"/> 乾燥		
		<input checked="" type="checkbox"/> 黄		<input type="checkbox"/> キメが粗い		
		<input type="checkbox"/> 白				
		<input type="checkbox"/> 黒				
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> じんましん			
爪	<input type="checkbox"/> 爪割れやすい	<input type="checkbox"/> 爪に横スジ	<input checked="" type="checkbox"/> 爪に縦スジ			
	その他					
頭	頭痛	<input type="checkbox"/> 全体				
		<input type="checkbox"/> 前頭部				
		<input type="checkbox"/> 頂部				
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛				
	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input checked="" type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ポーっとする		
<input type="checkbox"/> ズキズキ						
その他						
	<input checked="" type="checkbox"/> 疲れ	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 白		

目鼻耳	目	<input type="checkbox"/> 充血	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 低	鼻水	<input type="checkbox"/> 黄	<input checked="" type="checkbox"/> サラサラ	<input type="checkbox"/> ネバネバ				
		<input checked="" type="checkbox"/> しょぼしょぼ										
		<input type="checkbox"/> ドライ										
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> クシャミ	その他									
口舌喉	口	<input type="checkbox"/> 酸	口渇	<input checked="" type="checkbox"/> 冷飲	セキ	<input type="checkbox"/> 空咳	痰	<input type="checkbox"/> 白				
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 熱飲		<input type="checkbox"/> 激		<input type="checkbox"/> 黄				
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 多				
				<input type="checkbox"/> 欲しくない				<input type="checkbox"/> 少				
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる	<input type="checkbox"/> ゲップが多い	<input type="checkbox"/> のど痛	その他							
	<input type="checkbox"/> のどがつかえる感じ	その他										
胸脇	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸苦しい	<input type="checkbox"/> 脇痛	<input type="checkbox"/> 動機	その他							
	<input type="checkbox"/> 息切れ	その他										
腹部	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 多	胃痛	<input type="checkbox"/> 食前	その他							
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 食後	その他							
	<input type="checkbox"/> 胸ヤケ	<input checked="" type="checkbox"/> もたれ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲水後ポチャポチャ音	その他								
	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 下腹部太り	その他									
排便	回数	日	回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬め	その他						
	便は きもちよく	<input checked="" type="checkbox"/> 出る	<input type="checkbox"/> 出ない		<input type="checkbox"/> 軟らかめ	その他						
					<input type="checkbox"/> 水様	その他						
					<input type="checkbox"/> コロコロ	その他						
				<input type="checkbox"/> 泥状	その他							
	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢交互	<input checked="" type="checkbox"/> ガスが多い	<input type="checkbox"/> 残尿感	その他								
	便秘薬											
	その他											
排尿	回数	約1日	6	回	夜間	回	その他					
	排尿後 すっきり	<input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	色	<input type="checkbox"/> 透明	<input checked="" type="checkbox"/> 黄色っぽい	その他					
	<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 出しふる	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> にごり	その他							
	その他											
睡眠	起床	6	時頃	就寝	11	時頃	その他					
	寝つき	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 悪	寝起き	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 悪	熟睡	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	安定剤	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> よく夢をみる	その他										
月経周期	日型	期間	日	量	<input checked="" type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 少	色	<input type="checkbox"/> 鮮血	月経痛	<input type="checkbox"/> 前後	<input checked="" type="checkbox"/> 後	
	<input type="checkbox"/> 早				<input type="checkbox"/> 黒							
	<input type="checkbox"/> 遅				<input checked="" type="checkbox"/> 血塊							
	<input type="checkbox"/> 不順	その他										

婦人科	<input type="checkbox"/> 無				
	おりもの	<input type="checkbox"/> 多	その他生理痛	<input checked="" type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 吐き気	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ
		<input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> イライラ
		<input type="checkbox"/> 白		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 眠気
		<input type="checkbox"/> 黄			
その他					

精神状態	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input checked="" type="checkbox"/> 不安感			
	<input type="checkbox"/> 気が沈む						
	ストレス	<input type="checkbox"/> 多					
		<input type="checkbox"/> 無					
		<input checked="" type="checkbox"/> 仕事					
<input type="checkbox"/> 家庭							
<input type="checkbox"/> 病気							
	<input type="checkbox"/> その他						
ストレスの原因	忙しさ、焦り						
食	意識的によく食べているもの		大葉、茗荷、長芋、たまご、青魚				
	好きな食べ物・ないとガマンできないもの		甘いおやつ				
	きらいな食べ物・カラダが受け付けられないもの		辛すぎる物				
	食事回数	<input checked="" type="checkbox"/> 朝	6時	咀嚼	<input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> 早食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 昼			<input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/> 大食い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 晩			<input checked="" type="checkbox"/> 普通		
		<input type="checkbox"/> 夜食					
	味覚 (好き○ 苦手△)	<input type="checkbox"/> 酸	間食	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日			
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 時々			
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 辛		よく食べるもの		甘いお菓子・アイス			
	<input type="checkbox"/> 塩辛い						
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒						
	<input type="checkbox"/> タバコ						
	<input checked="" type="checkbox"/> コーヒー						
	その他						
水分摂取量: 食事以外・何をどのぐらい		お水を500ml程度					

**直近の食事を教えてください。**

ぶっかけそうめん(トマトキュウリ粉チーズとオリーブオイル和え)  
 あじそフライ  
 コーンご飯

うどん(白胡麻担々麺)  
いなり寿司  
サツマイモ天ぷら

舌の状態	舌状	真ん中われてる	舌状	歯形がべろの辺縁についてる 全体にぼてっとしている
------	----	---------	----	------------------------------

苔の状態	苔色	紅黒い	苔質	硬めで粘質
------	----	-----	----	-------

運動	週	0	時間	種目
----	---	---	----	----

休養	週	3	日
----	---	---	---

症例検討として  可  否

# 体調チェックシート

日付		天気		気分	
名前		年齢		性別	
				身長	cm
				体重	kg
家族構成				職業	

心身の気になるところをなるべく詳しく具体的に教えてください。

全身	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> カゼひきやすい	<input type="checkbox"/> 物忘れしやすい	<input type="checkbox"/> 貧血ぎみ		
	<input type="checkbox"/> 暑がり	<input type="checkbox"/> のぼせ	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 寒がり		
	冷え	<input type="checkbox"/> 手	汗	<input type="checkbox"/> 無汗	コリ	
		<input type="checkbox"/> 足		<input type="checkbox"/> 自汗		<input type="checkbox"/> 肩
		<input type="checkbox"/> 腰		<input type="checkbox"/> 寝汗		<input type="checkbox"/> 背中
		<input type="checkbox"/> お腹				<input type="checkbox"/> 腰
<input type="checkbox"/> 体が重い	<input type="checkbox"/> ふるえ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> 痛み 部位→	肩	その他				
皮膚	色	<input type="checkbox"/> 青	質	<input type="checkbox"/> 湿潤		
		<input type="checkbox"/> 赤		<input type="checkbox"/> 乾燥		
		<input type="checkbox"/> 黄		<input type="checkbox"/> キメが粗い		
		<input type="checkbox"/> 白				
		<input type="checkbox"/> 黒				
<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> じんましん			
爪	<input type="checkbox"/> 爪割れやすい	<input type="checkbox"/> 爪に横スジ	<input type="checkbox"/> 爪に縦スジ			
	その他					
頭	頭痛	<input type="checkbox"/> 全体				
		<input type="checkbox"/> 前頭部				
		<input type="checkbox"/> 頂部				
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛				
	<input type="checkbox"/> 頭重感	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ポーっとする		
<input type="checkbox"/> ズキズキ						
その他						
	<input type="checkbox"/> 疲れ	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 白		

目鼻耳	目	<input type="checkbox"/> 充血	耳鳴り	<input type="checkbox"/> 低	鼻水	<input type="checkbox"/> 黄		
		<input type="checkbox"/> しょぼしょぼ			<input type="checkbox"/> サラサラ			
		<input type="checkbox"/> ドライ			<input type="checkbox"/> ネバネバ			
	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> クシャミ						
その他								
口舌喉	口	<input type="checkbox"/> 酸	口渇	<input type="checkbox"/> 冷飲	セキ	<input type="checkbox"/> 空咳	痰	<input type="checkbox"/> 白
		<input type="checkbox"/> 甘		<input type="checkbox"/> 熱飲		<input type="checkbox"/> 激		<input type="checkbox"/> 黄
		<input type="checkbox"/> 苦		<input type="checkbox"/> 多		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 多
				<input type="checkbox"/> 欲しくない				<input type="checkbox"/> 少
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる	<input type="checkbox"/> ゲップが多い	<input type="checkbox"/> のど痛				
のどがつかえる感じ								
その他								
胸脇	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸苦しい	<input type="checkbox"/> 脇痛	<input type="checkbox"/> 動機				
	<input type="checkbox"/> 息切れ							
その他								
腹部	食欲	<input type="checkbox"/> 多	胃痛	<input type="checkbox"/> 食前				
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 食後				
	<input type="checkbox"/> 胸ヤケ	<input type="checkbox"/> もたれ	<input type="checkbox"/> 飲水後ポチャポチャ音					
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下腹部太り							
その他								
排便	回数	日	回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬め			
	便は きもちよく	<input type="checkbox"/> 出る	<input type="checkbox"/> 出ない		<input type="checkbox"/> 軟らかめ			
		<input type="checkbox"/> コロコロ						
					<input type="checkbox"/> 泥状			
	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢交互	<input type="checkbox"/> ガスが多い	<input type="checkbox"/> 残尿感					
便秘薬								
その他								
排尿	回数	約1日	回	夜間	回			
	排尿後 すっきり	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	色	<input type="checkbox"/> 透明			
					<input type="checkbox"/> 黄色っぽい			
<input type="checkbox"/> 残尿感	<input type="checkbox"/> 出しふる	<input type="checkbox"/> 排尿痛	<input type="checkbox"/> にごり					
その他								
睡眠	起床	時頃	就寝	時頃				
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良	寝起き	<input type="checkbox"/> 良	熟睡	<input type="checkbox"/> できる	安定剤	<input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 悪		<input type="checkbox"/> 悪		<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> よく夢をみる								
月経周期		日型	期間	日				
		<input type="checkbox"/> 早	量	<input type="checkbox"/> 多	色	<input type="checkbox"/> 鮮血	月経痛	<input type="checkbox"/> 前
		<input type="checkbox"/> 遅		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 黒		<input type="checkbox"/> 後
	<input type="checkbox"/> 不順			<input type="checkbox"/> 血塊				

婦人科	<input type="checkbox"/> 無				
	おりもの	<input type="checkbox"/> 多	その他生理痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
		<input type="checkbox"/> 少		<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> むくみ
		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> イライラ
		<input type="checkbox"/> 白		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 眠気
		<input type="checkbox"/> 黄			
その他					

精神状態	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 不安感	
	<input type="checkbox"/> 気が沈む				
	ストレス	<input type="checkbox"/> 多			
		<input type="checkbox"/> 無			
		<input type="checkbox"/> 仕事			
		<input type="checkbox"/> 家庭			
<input type="checkbox"/> 病気					
<input type="checkbox"/> その他					
ストレスの原因					
食	意識的によく食べているもの				
	好きな食べ物・ないとガマンできないもの				
	きらいな食べ物・カラダが受け付けないもの				
	食事回数	<input type="checkbox"/> 朝	時	咀嚼	<input type="checkbox"/> 少
		<input type="checkbox"/> 昼			<input type="checkbox"/> 多
		<input type="checkbox"/> 晩			<input type="checkbox"/> 早食い
		<input type="checkbox"/> 夜食			<input type="checkbox"/> 大食い
		<input type="checkbox"/> 普通			
	味覚 (好き○ 苦手△)	酸	間食	<input type="checkbox"/> 毎日	
		苦		<input type="checkbox"/> 時々	
甘		<input type="checkbox"/> 無			
辛		よく食べるもの			
塩辛い					
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒				
	<input type="checkbox"/> タバコ				
	<input type="checkbox"/> コーヒー				
	その他				
水分摂取量: 食事以外・何をどのぐらい					

直近の食事を教えてください。

ここ7日のうちで外食をした場合は、その時期と内容を教えてください。

--

舌の状態	舌状	舌状
------	----	----

苔の状態	苔色	苔質
------	----	----

運動	週	時間	種目
----	---	----	----

休養	週	日
----	---	---





## 課題1. 自分自身で人生を育てる。未来の地図を描こう！

Q.「食薬膳士2級講座」を受講する理由は何ですか？

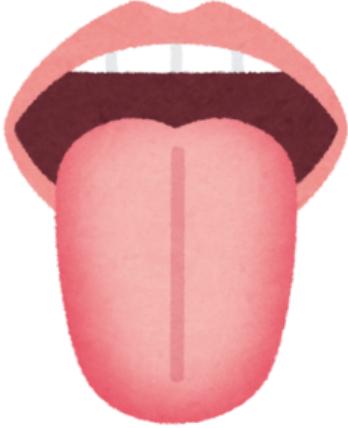
Q.「食薬膳士2級講座」を受講することによって、どうなりたいですか？

Q.それはなぜですか？

Q.それが達成できたら、どんな気持ちですか？

Q.達成するためにやるべきことは何ですか？

Q.1年後のあなたにメッセージを。

<b>【例】</b>			
日付	2023/10/4	日付	
舌色	紅な感じ	舌色	
形	少し胖大	形	
苔色	奥に白苔がある	苔色	
苔質	奥に少しあるが薄苔	苔質	
		<b>【写真】</b>	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

【写真】		【写真】	
------	--	------	--


日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

【写真】		【写真】	
------	--	------	--

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	

苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	

舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

<b>【写真】</b>		<b>【写真】</b>	
-------------	--	-------------	--

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

<b>【写真】</b>		<b>【写真】</b>	
-------------	--	-------------	--

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	

苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	

舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	
日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

【写真】		【写真】	
------	--	------	--


日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	
苔色		苔色	
苔質		苔質	

【写真】		【写真】	
------	--	------	--

日付		日付	
舌色		舌色	
形		形	

苔色		苔色	
苔質		苔質	
【写真】		【写真】	



