

KINOFFECT 问诊票

日期 (日付) : / /

姓名(氏名)		年齢(歳)		性別(性別)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
國家(国)		護照(パスポート)			
出生日期(誕生日)	[]/日 []/月 []/年	電子郵件(メール)			
您最想治癒的問題 (一番治したいこと)					
你過去的疾病 (過去にかかった病気)			您目前在服用的藥物 (飲んでる薬)		
請檢查以下最能描述您的症狀。 (お手数ですが、以下のうちあると思う症状に当てはまるものに✓をつけてください。)					
頭(頭)	<input type="checkbox"/> 頭疼(頭痛) <input type="checkbox"/> 頭暈(めまい) <input type="checkbox"/> 低血壓(站立太快引起的頭暈)(立ちくらみ)	<input type="checkbox"/> 感覺沉重的頭(頭が重い) <input type="checkbox"/> 熱潮紅頭疼(のぼせる)	<input type="checkbox"/> 感覺頭覆蓋(何かがかぶさった感じ) <input type="checkbox"/> 體位性(ふけが出る)		
眼睛, 耳朵, 鼻子 (目、耳、鼻)	<input type="checkbox"/> 疲倦的眼睛(目が疲れる) <input type="checkbox"/> 打噴嚏(くしゃみ)	<input type="checkbox"/> 低視力(視力低下) <input type="checkbox"/> 流鼻水(鼻水)	<input type="checkbox"/> 耳鳴(耳鳴り) <input type="checkbox"/> 鼻塞(鼻づまり)	<input type="checkbox"/> 耳塞(耳閉感)	
喉嚨, 嘴巴 (喉、口)	<input type="checkbox"/> 口渴(喉が渇く) <input type="checkbox"/> 感覺好像喉嚨卡住了(喉の詰まり感) <input type="checkbox"/> 口腔內的苦澀(口の中が苦い) <input type="checkbox"/> 痰(痰がよく出る)	<input type="checkbox"/> 口乾(口が渇く) <input type="checkbox"/> 喉嚨腫脹(喉を腫らす) <input type="checkbox"/> 咳嗽(咳が出る) <input type="checkbox"/> 磨牙症(歯ぎしり)	<input type="checkbox"/> 喉嚨痛(喉が痛い) <input type="checkbox"/> 吞嚥困難(飲み込み困難) <input type="checkbox"/> 唾液過多(生唾が出る) <input type="checkbox"/> 輕度噁心(吐き気がする)		
頸部, 肩膀, 背部 (首、肩、背中)	<input type="checkbox"/> 僵硬的脖子(首がこる) <input type="checkbox"/> 圓形肩膀(姿勢が悪い)	<input type="checkbox"/> 僵硬的肩膀(肩がこる)	<input type="checkbox"/> 背部僵硬(背中がこる)		
胸部(胸)	<input type="checkbox"/> 胸痛(胸が痛い) <input type="checkbox"/> 呼吸急促(息切れ)	<input type="checkbox"/> 胸悶(胸苦しい)	<input type="checkbox"/> 心跳急促(動悸)		
胃(胃)	<input type="checkbox"/> 胃灼熱(胸やけ) <input type="checkbox"/> 打嗝兒(ゲップ)	<input type="checkbox"/> 胃痛(胃が痛い) <input type="checkbox"/> 噁心(吐き気)	<input type="checkbox"/> 太陽神經叢不適(みずおちがつかえる) <input type="checkbox"/> 嘔吐(嘔吐)		
腸(おなか)	<input type="checkbox"/> 胃痛(腹痛) <input type="checkbox"/> 急便腸蠕動(おなかがゴロゴロ鳴る) <input type="checkbox"/> 腹瀉(下痢しやすい) <input type="checkbox"/> 腹瀉與便秘之間來回(下痢と便秘を繰り返す)	<input type="checkbox"/> 腹脹(おなかが張る) <input type="checkbox"/> 腸感冒(おなかが冷えやすい) <input type="checkbox"/> 慢性便秘(便秘しやすい)	<input type="checkbox"/> 屁腸(ガス(おなら)がよく出る) <input type="checkbox"/> 食慾不振(食欲がない)		
手, 腿(手足)	<input type="checkbox"/> 疼痛(痛み) <input type="checkbox"/> 手腳冰涼(手足が冷える)	<input type="checkbox"/> 雙腿感到沉重(足がだるい) <input type="checkbox"/> 腫脹(むくむ)	<input type="checkbox"/> 感到手腳發紅(手足がほてる)		
其他(その他)	<input type="checkbox"/> 蒼白(顔色が悪い) <input type="checkbox"/> 容易疲倦(だるい) <input type="checkbox"/> 大量汗水(汗をかきやすい) <input type="checkbox"/> 多汗症(しもやけ) <input type="checkbox"/> 怕癢(くすぐったがり) <input type="checkbox"/> 皮疹(よく湿疹が出る) <input type="checkbox"/> 精神不振(気が沈む) <input type="checkbox"/> 月經期間劇烈疼痛(生理痛が酷い)	<input type="checkbox"/> 容易疲勞(疲れやすい) <input type="checkbox"/> 容易虛弱感冒(風邪おひきやすい) <input type="checkbox"/> 夜間汗水(寝汗をかく) <input type="checkbox"/> 過敏(アレルギー体質) <input type="checkbox"/> 發癢(皮膚のかゆみ) <input type="checkbox"/> 皸裂(あかぎれによる) <input type="checkbox"/> 記憶力減退(物忘れが多い)	<input type="checkbox"/> 疲憊不堪(体が重い) <input type="checkbox"/> 胃部虛弱(胃腸が弱い) <input type="checkbox"/> 少汗(汗をかきにくい) <input type="checkbox"/> 暈車(車酔いしやすい) <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥(乾燥肌) <input type="checkbox"/> 煩擾(イライラする) <input type="checkbox"/> 性慾下降(性欲が減退した)	<input type="checkbox"/> 月經不規律(月経が不順)	
睡覺(睡眠)	<input type="checkbox"/> 入睡困難(寝つきが悪い) <input type="checkbox"/> 醒來困難(寝起きが悪い)	<input type="checkbox"/> 淺睡(眠りが浅い) <input type="checkbox"/> 夢很多(夢をよく見る)	<input type="checkbox"/> 睡眠不足(夜中によく目が覚める)		
排便(排便)	【 】 次數(回位) 【 】 一天(日に) <input type="checkbox"/> 硬(硬い) / <input type="checkbox"/> 正常(普通) / <input type="checkbox"/> 軟(柔らかい) / <input type="checkbox"/> 膏(ペースト状) / <input type="checkbox"/> 腹瀉(下痢)				
食慾(食欲)	<input type="checkbox"/> 好(旺盛) / <input type="checkbox"/> 普通(普通) / <input type="checkbox"/> 沒胃口(食欲がない)				
過敏 (アレルギー)	<input type="checkbox"/> 小麥(小麦) <input type="checkbox"/> 大米(米) <input type="checkbox"/> 芝麻(ゴマ) <input type="checkbox"/> 豆(大豆) <input type="checkbox"/> 奶(牛乳) <input type="checkbox"/> 奶製品(乳製品) <input type="checkbox"/> 其他(その他) ()				
吸煙(たばこ)	<input type="checkbox"/> 吸煙(吸う) 如果抽煙, 多少【 】(本) 一天(1日) / <input type="checkbox"/> 沒有吸煙(吸わない)				