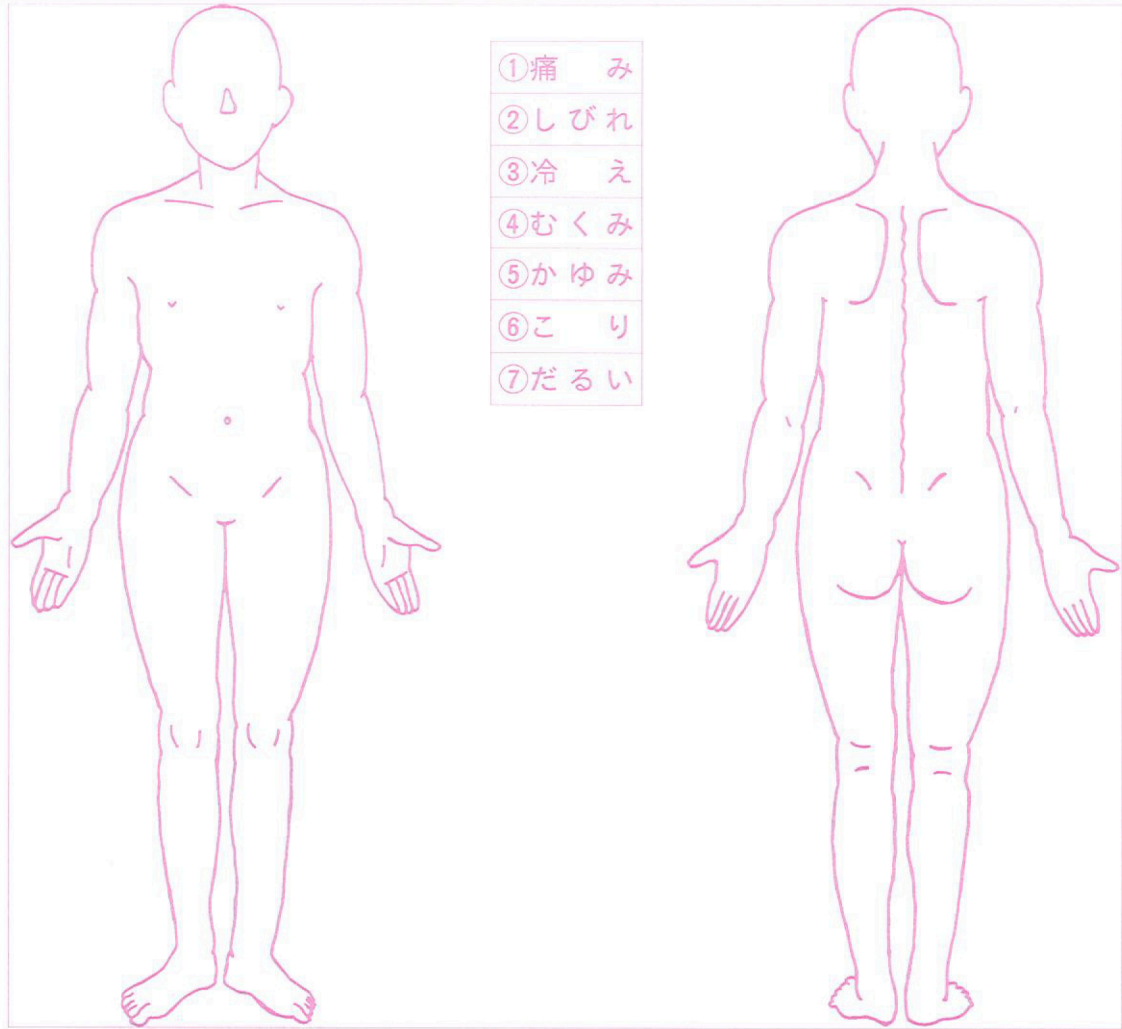


3Cサポートシート

年 月 日 IDNo.

身長 cm 体重 kg おなまえ

1. 痛み・しびれ・冷え・むくみ・かゆみ・こり等
お感じになっているところを全部塗って番号を記入してください。



2. つぎのような症状もあればお聞かせ下さい。

イライラする	いつも	しばしば	たまに	もたれる	いつも	しばしば	たまに
落ち着かない	いつも	しばしば	たまに	食欲不振	いつも	しばしば	たまに
よく眠れない	いつも	しばしば	たまに	便秘	いつも	しばしば	たまに
ドキドキする	いつも	しばしば	たまに	下痢	いつも	しばしば	たまに
耳鳴りがする	いつも	しばしば	たまに	吐き気がする	いつも	しばしば	たまに
めまいがする	いつも	しばしば	たまに	尿が出にくい	いつも	しばしば	たまに
からだのだるい	いつも	しばしば	たまに	貧血	いつも	しばしば	たまに
息切れがする	いつも	しばしば	たまに	冷え症	いつも	しばしば	たまに
涙がよく出る	いつも	しばしば	たまに	血圧が高い	いつも	しばしば	たまに
目がかれる	いつも	しばしば	たまに	フラフラする	いつも	しばしば	たまに
せきがでる	いつも	しばしば	たまに	熱っぽい	いつも	しばしば	たまに
のどが渇く	いつも	しばしば	たまに	汗がよく出る	いつも	しばしば	たまに