

1. 気虚タイプ		2. 陽虚タイプ		3. 血虚タイプ		4. 陰虚タイプ	
<input type="checkbox"/>	疲れやすい	<input type="checkbox"/>	寒がりである	<input type="checkbox"/>	顔色が悪くツヤがない	<input type="checkbox"/>	ほてりやのぼせを感じる
<input type="checkbox"/>	フラフラするめまいがある	<input type="checkbox"/>	手足が冷たい	<input type="checkbox"/>	唇や爪の色が白い	<input type="checkbox"/>	眼や口が渇く
<input type="checkbox"/>	汗をかきやすい	<input type="checkbox"/>	顔色が白っぽい	<input type="checkbox"/>	髪や肌がバサつく	<input type="checkbox"/>	夜型生活(夜更かし気味)、不眠気味
<input type="checkbox"/>	呼吸が浅い	<input type="checkbox"/>	物忘れが多い	<input type="checkbox"/>	立ち眩みやめまいがする	<input type="checkbox"/>	肌が乾燥している
<input type="checkbox"/>	風邪をよくひく	<input type="checkbox"/>	トイレが近い	<input type="checkbox"/>	眼がかすむ	<input type="checkbox"/>	イライラしやすい
<input type="checkbox"/>	声が小さい	<input type="checkbox"/>	下痢気味(軟便)	<input type="checkbox"/>	精神不安定	<input type="checkbox"/>	空咳が続く
<input type="checkbox"/>	胃腸が弱い	<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする	<input type="checkbox"/>	寝つきが悪い、眠りが浅く良く目が覚める、睡眠不足	<input type="checkbox"/>	寝汗をよくかく
<input type="checkbox"/>	手足がだるい	<input type="checkbox"/>	お風呂は長風呂	<input type="checkbox"/>	食が細い、または食欲不振	<input type="checkbox"/>	便秘気味、コロコロ便
<input type="checkbox"/>	食が細い、または食欲不振	<input type="checkbox"/>	腰がだるい、または痛い	<input type="checkbox"/>	足がつる、まぶたがピクつく	<input type="checkbox"/>	風呂に長くつかれない
<input type="checkbox"/>	舌は白っぽく腫れぼったい 歯型や苔がまだら	<input type="checkbox"/>	舌は小さく白い、苔は白く 潤っている	<input type="checkbox"/>	舌は白く小さくひび割れが ある	<input type="checkbox"/>	舌は赤くひび割れがある
<input type="checkbox"/>	経血の色が薄い	<input type="checkbox"/>	経血の量が極少	<input type="checkbox"/>	生理の経血が薄い	<input type="checkbox"/>	経血の量が多い
<input type="checkbox"/>	経血量が多い	<input type="checkbox"/>	色が赤黒い	<input type="checkbox"/>	生理の経血が少ない	<input type="checkbox"/>	ねっとりしている
<input type="checkbox"/>	生理期間が長め	<input type="checkbox"/>	下腹部疼痛、温めると楽	<input type="checkbox"/>	無月経、生理不順	<input type="checkbox"/>	生理不順
<input type="checkbox"/>	おりものは多くてサラサラと 汁っぽい	<input type="checkbox"/>	おりものはサラサラで量 が多い	<input type="checkbox"/>	おりものは特にない	<input type="checkbox"/>	おりものの量は少なく粘つ く
5. 気滞タイプ		6. 湿(血)熱タイプ		7. 血瘀タイプ		8. 湿痰タイプ	
<input type="checkbox"/>	お腹や脇が張って痛い	<input type="checkbox"/>	暑がりて汗っかき	<input type="checkbox"/>	顔色がくすんでいる	<input type="checkbox"/>	胃のあたりでポチャポチャ 音がする
<input type="checkbox"/>	ゲップやオナラをしやすい	<input type="checkbox"/>	喉が渇きやすく、冷たい物 が好き	<input type="checkbox"/>	皮膚が乾燥してカサカサ	<input type="checkbox"/>	梅雨時や雨の日に体調が 悪い
<input type="checkbox"/>	ストレスを感じる	<input type="checkbox"/>	お酒をよく飲む	<input type="checkbox"/>	目元にクマが出来やすい	<input type="checkbox"/>	船に乗ってるようなめまい がする
<input type="checkbox"/>	よくイライラする	<input type="checkbox"/>	吹き出物や皮膚が化膿し やすい	<input type="checkbox"/>	肩こりがある	<input type="checkbox"/>	カラダが浮腫みやすい
<input type="checkbox"/>	便秘気味である	<input type="checkbox"/>	じんましんが良くできる からだがかゆい	<input type="checkbox"/>	シミやソバカスがある または肝斑がある	<input type="checkbox"/>	痰や唾が出やすい
<input type="checkbox"/>	顔がほてり手足が冷たい	<input type="checkbox"/>	便秘気味(便が硬い)	<input type="checkbox"/>	アザが出来やすい	<input type="checkbox"/>	体が重くだるい 手足がだるい
<input type="checkbox"/>	胃腸が弱い	<input type="checkbox"/>	髪の毛が薄い	<input type="checkbox"/>	刺すような痛みがある	<input type="checkbox"/>	食欲不振気味
<input type="checkbox"/>	溜息をよくつく	<input type="checkbox"/>	風呂に長くつかれない	<input type="checkbox"/>	便秘気味	<input type="checkbox"/>	下痢気味(軟便)
<input type="checkbox"/>	片頭痛がある	<input type="checkbox"/>	油っこいものやピリ辛、濃 い味が好き	<input type="checkbox"/>	夕方に微熱を感じる	<input type="checkbox"/>	耳鳴りや突発性難聴
<input type="checkbox"/>	舌は分厚く赤い、苔は黄色っ ぽく、歯型はない	<input type="checkbox"/>	舌は大きく歯形がある 黄色い苔がある	<input type="checkbox"/>	舌は紫色、黒い斑点がある 舌裏の静脈が太い	<input type="checkbox"/>	舌は大きくまわりに歯形が ある、苔がべっとりしてる
<input type="checkbox"/>	生理が不順	<input type="checkbox"/>	経血の量が多くねっとり	<input type="checkbox"/>	生理痛がひどい	<input type="checkbox"/>	経血の量が多くねっとり
<input type="checkbox"/>	生理前に胸や下腹部が脹る	<input type="checkbox"/>	生理周期が短め	<input type="checkbox"/>	経血の量は多かったり少な かったり	<input type="checkbox"/>	経血の色は薄いかねっと りする
<input type="checkbox"/>	生理中は憂うつになる	<input type="checkbox"/>	陰部に掻痒感がある	<input type="checkbox"/>	経血に塊がある	<input type="checkbox"/>	生理が遅れやすい
<input type="checkbox"/>	おりものはあまりない	<input type="checkbox"/>	おりものが黄色く粘つく	<input type="checkbox"/>	おりものはあまりない	<input type="checkbox"/>	おりものは多く粘つく

《体質分析データ》

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日
お名前		年 齡	歳
性 別 男・女	身長 cm / 体重 kg / 最近の血圧 上 /下 mmHg		
住 所	都・道・府・県	市・町	
家族(続柄) 長男、長女など と年齢	/ 歳	/ 歳	/ 歳
	/ 歳	/ 歳	/ 歳
	/ 歳	/ 歳	/ 歳
仕事内容   日中座りっぱなし や立ち仕事など			
日の勤務時間	時間	週何日出勤	日/週
睡眠時間	時間	就寝時間	時ごろ
食事(回数、時間、量など)			
嗜好品など良く食べる物			
運動習慣			
飲 酒	本/日	喫煙量 本/日	年間
主なストレス			
病 歴			
現在の主訴 (最もしんどい症状) 思い当たる原因など			
いつごろから			
治療		薬	
その他の服薬			
その他特記事項			

※当体質分析データは、今回のあなたの体質診断のためにのみ使用するもので、決して他への流用は致しません。

※体質診断終了後は、速やかにシュレッターにて廃棄処分いたします。

【京都伝統中医学研究所】