

症状チェックシート

	症状
<input type="checkbox"/>	頭痛がある
<input type="checkbox"/>	めまいがある
<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする
<input type="checkbox"/>	肩こりがある
<input type="checkbox"/>	腰痛がある
<input type="checkbox"/>	手足がしびれる
<input type="checkbox"/>	手足が震える
<input type="checkbox"/>	全身がだるい
<input type="checkbox"/>	便秘がちである
<input type="checkbox"/>	下痢気味である
<input type="checkbox"/>	胃の調子が悪く、食欲がわからない、胸やけや吐き気がする
<input type="checkbox"/>	何を食べても全部同じ味がする
<input type="checkbox"/>	食事は手早く食べる事が多い
<input type="checkbox"/>	食べ物を飲み込みづらい時がある。
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある。
<input type="checkbox"/>	呂律が回らない時がある。
<input type="checkbox"/>	朝、起きるのがつらい
<input type="checkbox"/>	寝ても寝ても疲れがとれない
<input type="checkbox"/>	嫌な夢をよく見る
<input type="checkbox"/>	いつも眠りが浅い
<input type="checkbox"/>	夜眠れない
<input type="checkbox"/>	早朝に目がさめる
<input type="checkbox"/>	昼夜逆転した生活をしている
<input type="checkbox"/>	朝、起きる時に疲労を感じる。
<input type="checkbox"/>	たまに金縛りにあう
<input type="checkbox"/>	疲れているのに眠れない
<input type="checkbox"/>	やけにまぶしく感じる時がある。
<input type="checkbox"/>	いつも口が乾いている感じがする
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある
<input type="checkbox"/>	胸が圧迫される感じや苦しい感じがある
<input type="checkbox"/>	脈拍が早い、動悸がする
<input type="checkbox"/>	息切れしやすい
<input type="checkbox"/>	涼しい日でもすぐに汗をかく
<input type="checkbox"/>	突然冷や汗が出る
<input type="checkbox"/>	季節の変わり目に体調を崩す事が多い
<input type="checkbox"/>	気候の変化に弱い。
<input type="checkbox"/>	不安な事が多い

	症状
<input type="checkbox"/>	気分が憂うつである
<input type="checkbox"/>	集中力が続かない
<input type="checkbox"/>	神経質である
<input type="checkbox"/>	イライラする
<input type="checkbox"/>	情緒不安定である
<input type="checkbox"/>	仕事や勉強の成績が不振で悩んでいる
<input type="checkbox"/>	理由もなく不安になる事がある
<input type="checkbox"/>	元気が出ず、興味や関心がもてなくなった
<input type="checkbox"/>	イライラしやすく、怒りっぽくなった
<input type="checkbox"/>	体が弱いのでいつも情けない思いをしている
<input type="checkbox"/>	人間関係に悩んでいる
<input type="checkbox"/>	薬を複数飲んでいる
<input type="checkbox"/>	病院に月2回以上行っている

10段階評価	原因	どんな時に症状が出る？

症状チェックシート 1ヶ月目

チェック	症状	1ヶ月前の評価	今月の10段階評価	なぜ改善した？	なぜ悪くなった？	さらに良くするための取り組みは何？
<input type="checkbox"/>	頭痛がある					
<input type="checkbox"/>	めまいがある					
<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする					
<input type="checkbox"/>	肩こりがある					
<input type="checkbox"/>	腰痛がある					
<input type="checkbox"/>	手足がしびれる					
<input type="checkbox"/>	手足が震える					
<input type="checkbox"/>	全身がだるい					
<input type="checkbox"/>	便秘がちである					
<input type="checkbox"/>	下痢気味である					
<input type="checkbox"/>	胃の調子が悪く、食欲がわかない、胸やけや吐き気がする					
<input type="checkbox"/>	何を食べても全部同じ味がする					
<input type="checkbox"/>	食事は手早く食べる事が多い					
<input type="checkbox"/>	食べ物を飲み込みづらい時がある。					
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある。					
<input type="checkbox"/>	リズムが回らない時がある。					
<input type="checkbox"/>	朝、起きるのがつらい					
<input type="checkbox"/>	寝ても寝ても疲れがとれない					
<input type="checkbox"/>	嫌な夢をよく見る					
<input type="checkbox"/>	いつも眠りが浅い					
<input type="checkbox"/>	夜眠れない					
<input type="checkbox"/>	早朝に目がさめる					
<input type="checkbox"/>	昼夜逆転した生活をしている					
<input type="checkbox"/>	朝、起きる時に疲労を感じる。					
<input type="checkbox"/>	たまに金縛りにあう					
<input type="checkbox"/>	疲れているのに眠れない					
<input type="checkbox"/>	やけにまぶしく感じる時がある。					
<input type="checkbox"/>	いつも口が乾いている感じがする					
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある					
<input type="checkbox"/>	胸が圧迫される感じや苦しい感じがある					
<input type="checkbox"/>	脈拍が早い、動悸がする					
<input type="checkbox"/>	息切れしやすい					
<input type="checkbox"/>	涼しい日でもすぐに汗をかく					
<input type="checkbox"/>	突然冷や汗が出る					
<input type="checkbox"/>	季節の変わり目に体調を崩す事が多い					
<input type="checkbox"/>	気候の変化に弱い。					
<input type="checkbox"/>	不安な事が多い					
<input type="checkbox"/>	気分が憂うつである					
<input type="checkbox"/>	集中力が続かない					
<input type="checkbox"/>	神経質である					
<input type="checkbox"/>	イライラする					
<input type="checkbox"/>	情緒不安定である					
<input type="checkbox"/>	仕事や勉強の成績が不振で悩んでいる					
<input type="checkbox"/>	理由もなく不安になる事がある					
<input type="checkbox"/>	元気が出ず、興味や関心がもてなくなった					
<input type="checkbox"/>	イライラしやすく、怒りっぽくなった					
<input type="checkbox"/>	体が弱いのでいつも情けない思いをしている					
<input type="checkbox"/>	人間関係に悩んでいる					
<input type="checkbox"/>	薬を複数飲んでいる					
<input type="checkbox"/>	病院に月2回以上行っている					

症状チェックシート2ヶ月目

	症状	1ヶ月前の評価	10段階評価	なぜ改善した？	なぜ悪くなった？	さらに良くするための取り組みは何？
<input type="checkbox"/>	頭痛がある					
<input type="checkbox"/>	めまいがある					
<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする					
<input type="checkbox"/>	肩こりがある					
<input type="checkbox"/>	腰痛がある					
<input type="checkbox"/>	手足がしびれる					
<input type="checkbox"/>	手足が震える					
<input type="checkbox"/>	全身がだるい					
<input type="checkbox"/>	便秘がちである					
<input type="checkbox"/>	下痢気味である					
<input type="checkbox"/>	胃の調子が悪く、食欲がわかない、 胸やけや吐き気がする					
<input type="checkbox"/>	何を食べても全部同じ味がする					
<input type="checkbox"/>	食事は手早く食べる事が多い					
<input type="checkbox"/>	食べ物を飲み込みづらい時がある。					
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある。					
<input type="checkbox"/>	呂律が回らない時がある。					
<input type="checkbox"/>	朝、起きるのがつらい					
<input type="checkbox"/>	寝ても寝ても疲れがとれない					
<input type="checkbox"/>	嫌な夢をよく見る					
<input type="checkbox"/>	いつも眠りが浅い					
<input type="checkbox"/>	夜眠れない					
<input type="checkbox"/>	早朝に目がさめる					
<input type="checkbox"/>	昼夜逆転した生活をしている					
<input type="checkbox"/>	朝、起きる時に疲労を感じる。					
<input type="checkbox"/>	たまに金縛りにあう					
<input type="checkbox"/>	疲れているのに眠れない					
<input type="checkbox"/>	やけにまぶしく感じる時がある。					
<input type="checkbox"/>	いつも口が乾いている感じがする					
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある					
<input type="checkbox"/>	胸が圧迫される感じや苦しい感じが ある					
<input type="checkbox"/>	脈拍が早い、動悸がする					
<input type="checkbox"/>	息切れしやすい					
<input type="checkbox"/>	涼しい日でもすぐに汗をかく					
<input type="checkbox"/>	突然冷や汗が出る					
<input type="checkbox"/>	季節の変わり目に体調を崩す事が多 い					
<input type="checkbox"/>	気候の変化に弱い。					
<input type="checkbox"/>	不安な事が多い					
<input type="checkbox"/>	気分が曇うつである					
<input type="checkbox"/>	集中力が続かない					
<input type="checkbox"/>	神経質である					
<input type="checkbox"/>	イライラする					
<input type="checkbox"/>	情緒不安定である					
<input type="checkbox"/>	仕事や勉強の成績が不振で悩んでい る					
<input type="checkbox"/>	理由もなく不安になる事がある					
<input type="checkbox"/>	元気が出ず、興味や関心がもてなく なった					
<input type="checkbox"/>	イライラしやすく、怒りっぽくなっ た					
<input type="checkbox"/>	体が弱いのでいつも情けない思いを している					
<input type="checkbox"/>	人間関係に悩んでいる					
<input type="checkbox"/>	薬を複数飲んでいる					
<input type="checkbox"/>	病院に月2回以上行っている					

症状チェックシート 3ヶ月目

	症状	1ヶ月前の評価	10段階評価	どんな時に症状が出る？	なぜ改善した？	なぜ悪くなった？	さらに良くするための取り組みは何？
<input type="checkbox"/>	頭痛がある						
<input type="checkbox"/>	めまいがある						
<input type="checkbox"/>	耳鳴りがする						
<input type="checkbox"/>	肩こりがある						
<input type="checkbox"/>	腰痛がある						
<input type="checkbox"/>	手足がしびれる						
<input type="checkbox"/>	手足が震える						
<input type="checkbox"/>	全身がだるい						
<input type="checkbox"/>	便秘がちである						
<input type="checkbox"/>	下痢気味である						
<input type="checkbox"/>	胃の調子が悪く、食欲がわかない、胸やけや吐き気がする						
<input type="checkbox"/>	何を食べても全部同じ味がする						
<input type="checkbox"/>	食事は手早く食べる事が多い						
<input type="checkbox"/>	食べ物を飲み込みづらい時がある。						
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある。						
<input type="checkbox"/>	リズムが回らない時がある。						
<input type="checkbox"/>	朝、起きるのがつらい						
<input type="checkbox"/>	寝ても寝ても疲れがとれない						
<input type="checkbox"/>	嫌な夢をよく見る						
<input type="checkbox"/>	いつも眠りが浅い						
<input type="checkbox"/>	夜眠れない						
<input type="checkbox"/>	早朝に目がさめる						
<input type="checkbox"/>	昼夜逆転した生活をしている						
<input type="checkbox"/>	朝、起きる時に疲労を感じる。						
<input type="checkbox"/>	たまに金縛りにあう						
<input type="checkbox"/>	疲れているのに眠れない						
<input type="checkbox"/>	やけにまぶしく感じる時がある。						
<input type="checkbox"/>	いつも口が乾いている感じがする						
<input type="checkbox"/>	喉に違和感がある						
<input type="checkbox"/>	胸が圧迫される感じや苦しい感じがある						
<input type="checkbox"/>	脈拍が早い、動悸がする						
<input type="checkbox"/>	息切れしやすい						
<input type="checkbox"/>	涼しい日でもすぐに汗をかく						
<input type="checkbox"/>	突然冷や汗が出る						
<input type="checkbox"/>	季節の変わり目に体調を崩す事が多い						
<input type="checkbox"/>	気候の変化に弱い。						
<input type="checkbox"/>	不安な事が多い						
<input type="checkbox"/>	気分が憂うつである						
<input type="checkbox"/>	集中力が続かない						
<input type="checkbox"/>	神経質である						
<input type="checkbox"/>	イライラする						
<input type="checkbox"/>	情緒不安定である						
<input type="checkbox"/>	仕事や勉強の成績が不振で悩んでいる						
<input type="checkbox"/>	理由もなく不安になる事がある						
<input type="checkbox"/>	元気が出ず、興味や関心がもてなくなった						
<input type="checkbox"/>	イライラしやすく、怒りっぽくなった						
<input type="checkbox"/>	体が弱いのでいつも情けない思いをしている						
<input type="checkbox"/>	人間関係に悩んでいる						
<input type="checkbox"/>	薬を複数飲んでいる						
<input type="checkbox"/>	病院に月2回以上行っている						