

簡単チェックシート

あてはまるものをチェックしてみましょう！

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い | <input type="checkbox"/> すぐに疲れる |
| <input type="checkbox"/> 歩くときに猫背になる | <input type="checkbox"/> めまいや耳なりがある |
| <input type="checkbox"/> 髪につやがない、乾燥している | <input type="checkbox"/> 眠りが浅い |
| <input type="checkbox"/> 顔色が青白いと言われる | <input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥しがちだ |
| <input type="checkbox"/> 痰がからむ | <input type="checkbox"/> 歩くのが遅くなった |
| <input type="checkbox"/> 目に力がない | <input type="checkbox"/> 爪が薄い |
| <input type="checkbox"/> 舌が薄くて歯の跡がつきやすい | <input type="checkbox"/> 尿の量と回数が多くなった |
| <input type="checkbox"/> あごがとがってきた
(顔がほっそりしてきた) | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎ・飲み過ぎると下痢しやすい |
| <input type="checkbox"/> 首が細めで長い | <input type="checkbox"/> 脈が弱く、押すと消える |
| <input type="checkbox"/> 喉が乾きにくい、または乾きやすい | <input type="checkbox"/> 動悸がしやすい |
| <input type="checkbox"/> あまり水分を取らない | <input type="checkbox"/> 血圧が低めだ、または高めだ |
| <input type="checkbox"/> 息切れしやすい | <input type="checkbox"/> 何も無いに不安や焦りを痛みを感じる
ことがある |
| <input type="checkbox"/> 口の中が乾きやすい | |
| <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい | |

※当店のカウンセリングをご利用の際にお持ちください。