

| | | | | |
|-----------------|-------|----------|---|---|
| フリガナ | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 名前 | 血液型 | A・B・O・AB | 型 | |
| 生年月日 | T・S・H | 年 | 月 | 日 |
| 住所 〒 | - | | | |
| 連絡先 (自宅・携帯・その他) | | | | |

当院を何でお知りになりましたか。

ご紹介(家族・知人・他病院) インターネット 書籍 その他

※インターネットとお答えした方のみ、何と検索しましたか。()

この問診票は治療上必要になりますので、出来る限り詳しくご記入下さいますようお願いいたします。

なお、この問診票による情報は、当院外では使用いたしません。

- 身体的特徴 : 身長 () cm 体重 () kg
- 検査前8時間以上絶食 : した ・ していない していない場合：最終食事時間 () 時間前
摂取物 ()
- 働いていますか : はい いいえ
- ご職業は何ですか : ()
- ストレスフルな仕事ですか : はい いいえ
- 休暇や早退を言い出せる環境ですか : はい いいえ
- 残業は多いですか : はい いいえ
- 体力を使う仕事ですか : はい いいえ
- 退職・引退していますか : はい いいえ
- 今の生活はストレスフルですか : はい いいえ
- お子様はいますか : はい いいえ
- お子様と一緒に住んでいますか : はい いいえ
- ご両親はご健康ですか : はい いいえ
- ご両親と一緒に住んでいますか : はい いいえ
- 配偶者と一緒に住んでいますか : はい いいえ
- 結婚歴 未婚 既婚 事実婚 再婚 離婚 死別 別居 単身赴任中 交際中
- 最終学歴 中学校 高等学校 短大 専門学校 大学 大学院 その他
- 家族構成 現在 () 既住(育った環境) ()

【改善したい病気や病状】

改善したい病状や病気を簡単にご記入下さい。（複数可）

・病状や病名、発症時期（年齢）、状況（治療方法・現在の状態）等

↓ 医師記入欄

【既往歴】

下記の中でこれまでにかったことのある病気はありますか。☑して下さい。

- | | | |
|--------------------------|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 慢性疲労 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 自律神経失調症 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 高血圧 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 脳素中 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 痛風 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 肝臓病 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 心臓病 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | うつ病 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 総合失調症 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 不眠症 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 喘息 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 胃潰瘍 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 胃食道逆流症 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | アトピー性皮膚炎 | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | 癌 部位 () | 発症時期() |
| <input type="checkbox"/> | その他() | |

【ご家族の病歴】

ご家族の中で、下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか。

- | | | | | | | |
|-------|---|----|---|-----|--------|---------|
| ・脳卒中 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |
| ・痛風 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | |
| ・高血圧 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | |
| ・肝臓病 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |
| ・腎臓病 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |
| ・心臓病 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |
| ・糖尿病 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | |
| ・癌 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 部位 () |
| ・精神疾患 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |
| ・その他 | ： | いる | ・ | いない | 続柄 () | 疾患名 () |

【自覚症状】

↓ 医師記入欄

| | | | | | |
|----|--------------------|-----|----|-----|-------|
| 1 | 立ちくらみ、めまいがある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 2 | 頭痛、頭重(片頭痛)がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 3 | 顔色が悪い | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 4 | 目がよく疲れたり痛んだりする | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 5 | 歯肉の出血がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 6 | 口内炎ができる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 7 | のどの不快感がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 8 | くしゃみ、鼻水、目に痒みがある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 9 | 口の中に乾燥感がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 10 | 咳や痰がでる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 11 | 不整脈・動悸・息切れがある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 12 | 体を動かすと胸が痛む | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 13 | 胸やけや吐き気(嘔吐・嘔気)がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 14 | 下痢をしやすい | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 15 | 食物がのどにひっかかる、胃にもたれる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 16 | 食後、お腹が張る | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 17 | 食事の直後、具合が悪くなる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 18 | 食事の2~3時間後、具合が悪くなる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 19 | 便秘をする | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 20 | 尿の回数が多い | 多い | 普通 | 少ない | |
| 21 | 手足がしびれる、手足の感覚が鈍い | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 22 | 手足が冷える、しもやけになる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 23 | 起床時、手足がこわばる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 24 | 湿疹がでる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 25 | 爪が割れる、はがれる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 26 | 皮膚にかゆみ、蕁麻疹がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 27 | アトピー性皮膚炎がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 28 | フケが多い | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 29 | 洗髪時に髪がたくさん抜ける | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 30 | 爪に白い斑点がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 31 | いつも疲れている | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 32 | よく風邪をひく | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 33 | 体にアザ(皮下出血)ができる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 34 | 寒さに敏感、クーラーが苦手である | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 35 | 腰痛、関節痛、筋肉痛がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 36 | 微熱が出る(発熱) | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 37 | 汗かき・ほてり(顔が熱くなる)がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 38 | 急に体重が減った | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 39 | 急に体重が増えた | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 40 | 顔や手足、まぶたがむくむ | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |

| | | | | | |
|----|---------------------|-----|------|-----|-------|
| 41 | くよくよしたり憂鬱・不安になったりする | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 42 | 毎日の気分は | 充実 | ほぼ充実 | 普通 | 沈みがち |
| 43 | イライラしたり、怒りっぽくなったりする | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 44 | ストレスが多い | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 45 | 対人関係が上手くいかず、つらいと感じる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |

これより以下はホルモンに関する質問になります。可能な限りでご回答ください。

| | | | | | |
|----|-----------------------|-------------|-------------------|-------------|-------|
| 46 | 最近の月経開始日 | 月 日より | | ・初潮をむかえていない | |
| 47 | 閉経後の場合、閉経した年齢 | 歳 | | | |
| 48 | 生理不順である | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 49 | 月経前症候群(PMS)※になったことがある | いいえ | | はい | |
| 50 | PMSのために痛み止めを服用したことがある | いいえ | | はい | |
| 51 | PMSのために学校、会社を休んだことがある | いいえ | | はい | |
| 52 | PMSのために病院に行ったことがある | いいえ | | はい | |
| 53 | 現在もPMSで苦しんでいる | いいえ | | はい | |
| 54 | 性行為未経験である | いいえ | | はい | |
| 55 | 性行中に痛みがある | いいえ | | はい | |
| 56 | 性欲がない | いいえ | | はい | |
| 57 | 経口避妊薬を飲んだことがある | いいえ | はい（今も飲んでいる・昔飲んでた） | | |
| 58 | 妊娠中ですか | いいえ | はい（ ）週目 | | |
| 59 | 授乳中ですか | いいえ | | はい | |
| 60 | 妊娠歴 / 出産歴 | （ ）回 / （ ）回 | | | |
| 61 | ご存命のお子様は何人ですか | （ ）人 | | | |

※月経前症候群(PMS)とは？
PMSとは、月経開始3～10日前頃より始まる精神的・身体的症状のことです。むくみ、胸が張る、肌荒れなどの身体症状と、イライラする、怒りっぽい、憂鬱、眠気、疲労、食欲の増加などの精神的症状があります。

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 62 | 下記の中で今までかかったことがある、あるいは治療中の病気はありますか | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 | <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 | <input type="checkbox"/> 乳繊維嚢胞症 | <input type="checkbox"/> なし |
| 63 | 下記の中の手術を受けたことがありますか | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 卵管結紮術 | <input type="checkbox"/> 子宮摘出術 | <input type="checkbox"/> 卵巣摘出術 | <input type="checkbox"/> なし | |
| 64 | 夜間、汗をかきやすい | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 65 | ホットフラッシュ(顔のほてり)がある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 66 | 乳房が小さくなり垂れてきた | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 67 | 声が低くなった | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 68 | ニキビがでやすい | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 69 | 体力が落ちた | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 70 | 不眠のことがある | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 71 | 胸やけ、胃腸の膨満感を感じる | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 72 | カンジタ膣炎にかかりやすい | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |

【ストレス】

あなたにとってストレスを感じるものをあげてください。

()

ストレスを発散する為に行っていること、ストレスを減らすものをあげてください。

()

【食生活・薬アレルギー】

↓ 医師記入欄

| | | |
|----|--------------------|-------------------------|
| 1 | 毎日の食事量・頻度 | ・正しい ・ふつう ・偏る ・ひどく偏る |
| 2 | 間食 | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 3 | 食欲 | ・ある ・ふつう ・ない |
| 4 | 1日の食事の回数 | ・3 ・2 ・1 ・不規則 |
| 5 | 1日の食事にかかる時間 | ・長い ・ふつう ・短い ・不規則 |
| 6 | 1日の食事量 | ・適量 ・過剰気味 ・不足気味 |
| 7 | 朝食 | ・摂る ・摂らない ・不規則 |
| 8 | 夕食から就寝までの時間 | ・0 ・1 ・2 ・3 ・4 ・5 ・6 時間 |
| 9 | 不規則な生活をしている | ・はい ・いいえ ・時々不規則 |
| 10 | 外食 | ・する ・しない ・時々する |
| 11 | ↳ 外食「する・時々する」場合の頻度 | ・ () 回/週 ・ () 回/月 |
| 12 | 夕食は21時以降に摂ることが多い | ・多い() 回/週 ・21時までにする |
| 13 | インスタント類をよく摂る | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 14 | ファストフードをよく摂る | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 15 | 清涼飲料水をよく摂る | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 16 | 甘い物・スナック菓子をよく摂る | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 17 | 主食(ご飯、パン、麺)をよく摂る | ・摂らない ・たまに摂る ・よく摂る |
| 18 | 現在の体重を維持している | ・している ・していない |
| 19 | ↳ 維持「していない」の場合 | ・増えた ・減った |

● 好きな食べ物

{ } _____

● 嫌いな食べ物

{ } _____

● 日常的に服用されている薬（処方・市販薬も含む）はありますか。

（鎮痛剤、睡眠補助薬など）

・ない ・ある

{ } _____

● 摂取中のサプリメントはありますか。

・ない ・ある

{ } _____

● 薬品アレルギー、食物アレルギーなどはありますか。

・ない ・ある

● 一番多い1日の食事例

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---|----|
| 例) ごはん みそ汁 納豆 果物 | 朝 | 昼 | 夕 | 間食 |
| | | | | |

- 運動はしていますか。 ・ している ・ していない

※している場合は、具体的に

運動名 () 週 () 回 ・ () 分程度

運動名 () 週 () 回 ・ () 分程度

- 煙草は吸いますか。 ・ 吸う ・ 吸わない 禁煙後 () 年

※「吸う」の場合日 本数 () 本/日

- アルコールを飲みますか。 ・ 飲む ・ 飲まない

酒の種類 ()

飲酒量 ()

頻度 ・ 毎日 ・ 時々 (週 日程度)

- カフェインを摂りますか。 ・ はい () 杯/日 ・ いいえ

- 歯科治療

・ 治療したことがありますか ・ ある ・ ない

・ 虫歯はありますか ・ ある ・ ない ・ 以前はあった

・ 銀歯はありますか ・ ある ・ ない ・ 以前はあった

・ 入れ歯はありますか ・ ある ・ ない

- 排便

・ 排便頻度 ・ 毎日 (回/日) ・ 時々 (回/週)

・ 排便時間 ・ 朝 ・ 日中 ・ 夜 ・ 不規則

・ 便の状態 ・ 良好 ・ 軟便 ・ 硬便

- 感染症の有無

・ HIV ・ なし ・ ある ・ わからない

・ B型肝炎 ・ なし ・ ある ・ わからない

・ C型肝炎 ・ なし ・ ある ・ わからない

・ その他 ・ なし ・ ある

(病名)

- その他

・ 意識的に健康管理している ・ はい ・ いいえ

・ 子供の頃肥満もしくは痩せだった ・ 肥満 ・ 痩せ ・ 標準

・ その他の生活習慣について気を付けていることがございましたらご記入ください。

例えば・・・朝ごはんは毎日同じメニューだ、毎日必ず昼寝をする等々。

()

● 睡眠

| | | | | | |
|---|-------------|--------------------|------|------|--------|
| 1 | 寝つき | ・よい | ・ふつう | ・わるい | ・ひどく悪い |
| 2 | 目覚め | ・よい | ・ふつう | ・わるい | ・ひどく悪い |
| 3 | 夜中に起きる | ・はい | ・時々 | ・いいえ | |
| 4 | 日中いつも眠い | ・はい | ・時々 | ・いいえ | |
| 5 | 夕方に強い眠気を感じる | ・はい | ・時々 | ・いいえ | |
| 6 | よく夢をみる | ・はい | ・時々 | ・いいえ | |
| 7 | 平均睡眠時間 | 平日 ()時 休日 ()時 | | | |
| 8 | 就寝時間 | 平日 ()時 休日 ()時 | | | |
| 9 | 起床時間 | 平日 ()時 休日 ()時 | | | |

- なにかトラウマはありますか。 ・ある ・ない
 (離婚、虐待の経験、愛する人の死、事故、いじめ、災害、望まない性体験など)
 差支えなければご記入下さい。

【治療について】

今後の治療についての希望や質問がございましたらご記入下さい。
 例) 点滴やサブリ処方など。

問診票のご記入お疲れ様でした。
 この問診で知り得た情報は当院以外での使用はいたしません。

最後に、オーソモレキュラー（分子整合栄養医学）受診の同意書がございますので
 内容をご確認の上ご署名願います。ありがとうございました。

オーソモレキュラー(分子整合栄養医学)受診の同意書

当院で行っている自由診療における基準、使用するドクターズサプリメントや点滴剤などの推奨量、食事指導などにつきまして、すべてオーソモレキュラー(分子整合栄養医学)に基づくもので、西洋医学標準治療にとってかわるものではありません。

厚生労働省、医師会、製薬会社その他の管轄外となります。安全性、効果効能などをご説明させて頂いた上で治療を行い、また想定外の副作用・アレルギー反応がみられた場合は、適切な処置を行いますが、治療の選択などにおいて、患者様の自己責任となることをご了承ください。

使用するドクターズサプリメントや点滴剤などで極稀にアレルギー症状を呈することがあります。

上記についてご了承の上、診察・治療をご希望される方はご署名下さい。

平成 年 月 日

署名

ご家族署名(未成年者の方)

医師署名

Manda Lin