

問診票

フリガナ	記入日
氏名	血液型 型
生年月日（西暦 年） T・S・H・R 年 月 日 歳	
住所 〒 ー	薬アレルギー なし ・ ある（ ）
	食物アレルギー なし ・ ある（ ）
電話番号	感染症 なし ・ ある（ ）
携帯番号	輸血歴 なし ・ ある（ 歳）
職業	家族構成

当院にご来院された理由をお聞かせください。

- ご紹介（家族・知人）
インターネット・書籍
近いから
電話帳
サプリメントや栄養療法に詳しいと聞いたから
代替医療を取り入れていると聞いたから
しっかり説明や指導をしてくれると聞いたから
その他（ ）

この問診票は治療上必要となりますので、できる限り詳しくご記入ください。

なお、この問診票による情報は当院以外では使用しません。 *は記入不要

- 身長（ ）cm 体重（ ）kg *BMI（ ）
 *体温（ ） *BP（ / ） *P（ ）

●**既往歴** 下記の中でこれまでにかかったことのある病気に✓を入れてください。

	発症時期
<input type="checkbox"/> 慢性疲労	<input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 起立性低血圧	<input type="checkbox"/> 肝臓病（ ）
<input type="checkbox"/> 花粉症・喘息	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> うつ病	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 神経症	<input type="checkbox"/> 胃食道逆流症
<input type="checkbox"/> 統合失調症	<input type="checkbox"/> がん 部位（ ）
<input type="checkbox"/> 不眠症	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（ ）
<input type="checkbox"/> 中耳炎・副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> ヘルペス・帯状疱疹
<input type="checkbox"/> カンジダ感染	<input type="checkbox"/> その他

- 飲んでいる薬・サプリ**（ ）
 （市販薬も含む）（ ）

●**改善したい病気や症状**（複数可・発症時期・状況等）

●家族・血縁者のご病気 当てはまる項目を○で囲んでください。

	続柄	
脳卒中		脳梗塞・脳出血・くも膜下出血
高血圧症		
痛風・高尿酸血症		
肝臓病		B型肝炎・C型肝炎・肝硬変・肝臓癌・その他
腎臓病		I g A腎症・慢性腎炎・ネフローゼ・透析・その他
心臓病		心筋梗塞・狭心症・その他
糖尿病		母方・父方・兄弟姉妹
がん		部位（ ）
精神疾患		うつ病・躁うつ病・統合失調症・神経症
膠原病		
甲状腺疾患		バセドウ病・橋本病（慢性甲状腺炎）
その他		

●排便

- 1, 頻度 ・毎日（ ）回 ・時々（ ）回／週
 ・下痢と便秘が交互にくる
- 2, 時間 ・朝 ・日中 ・夜 ・不規則
- 3, 状態 ・良好（黄土色でバナナ状・水に浮く）
 ・泥状 ・液状 ・軟便（柔らかく細い）
 ・硬便（黒くて団子状） ・硬め（焦げ茶・太い・沈む）

●排尿

（ ）回／日・・・うち、夜間（ ）回

●睡眠

- 1, 寝つき ・すぐ ・30分以内 ・30分以上 ・1時間以上
- 2, 目覚め ・すぐ ・10分 ・30分 ・30分以上
 （覚醒してから起床まで）
- 3, 夜中に起きる ・起きない ・起きる（ ）回
- 4, 日中いつも眠い ・はい ・時々 ・いいえ
- 5, 夕方の強い眠気 ・はい ・時々 ・いいえ
- 6, よく夢を見る ・はい ・時々 ・いいえ
- 7, 平均睡眠時間 平日（ ）時間 休日（ ）時間
- 就寝時刻 平日（ : ） 休日（ : ）
- 起床時刻 平日（ : ） 休日（ : ）

●食生活 当てはまる項目に○をつけてください。また () に記入してください。

- 1, 食事の回数 () 回/日 朝・昼・夕
- 2, 食事の時間 ・規則的 ・不規則
- 3, 食事の量 ・ほぼ一定 ・偏る
ご飯 () 杯/1食 おかず () 品/1食
- 4, 夕食から就寝までの時間 () 時間
- 5, 外食 ・しない ・する () 回/週・月
- 6, 間食 ・しない ・する
(甘いもの、菓子、ジュース類、他) 飲料(何を: () 回/日・週・月)
菓子(何を: () 回/日・週・月)
その他(何を: () 回/日・週・月)
- 7, 嗜好品 *カフェイン ・摂らない ・摂る(何を: () 杯/日・週・月)
- *インスタント食品 ・摂らない ・摂る(何を: () 回/日・週・月)
- *ファーストフード ・摂らない ・摂る(何を: () 回/日・週・月)
- *パン・麺類 ・摂らない ・摂る(何を: () 回/日・週・月)
- *アルコール ・飲まない ・飲む(何を: () 杯/日・週・月)
- *たばこ ・吸わない ・吸う(歳～ 本/日)
・やめた(歳～)

●もっとも多い食事パターンと時刻をご記入ください。

朝食	:	間食	:	昼食	:	間食	:	夕食	:	間食	:

●好きな食べ物・嫌いな食べ物

- 好き ()
- 嫌い ()

●女性の方へ

- *初経 歳
- *最終月経開始日 月 日～ 日間 ・閉経した() 歳 ・妊娠中 ・授乳中
- *月経周期 ・規則的 () 日周期 ・不規則
- *月経時の不調 ()
- *月経量 ・多い(凝血魂がある/昼間も夜用ナプキンが必要) ・少ない
- *月経痛 ・ある ・ない
- *経口避妊薬をのんだことが ・ある ・ない
- *妊娠・出産 ・妊娠歴() 回 ・出産歴() 回

【自覚症状】

当てはまるところに○をつけてください。*は必須です。

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（偏頭痛）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む	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	*喉の不快感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ、鼻水、目がかゆくなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中が乾燥する	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰が出る	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	*食べ物が喉や胃にもたれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	*便秘をする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	*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
19	*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
20	起床時、手指がこわばる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	*湿疹がでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	*爪が割れる、はがれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ、じんましんがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	*疲れる、よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	*体にあざができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ。クーラーが苦手である	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる（発熱）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき・顔が熱くなる（ほてる）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、まぶたがむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	*つまらないことにくよくよしたり憂鬱、不安になる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？	充実	ほぼ充実	平凡	沈みがち
39	イライラしたり、怒りっぽくなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	対人関係がうまくいかず、つらいと感じる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	生理不順がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	生理痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	生理前に気分の変調がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい