

栄養療法 問診票

栄養外来を受診していただき、ありがとうございます。

お手数ですが、以下の問診票にご記入ください。この問診票は治療上大変重要ですので、できる限り詳しくご記入くださいますようお願いいたします。

当院での栄養療法は、現在受けておられる治療や西洋医学治療に取って代わるものではなく、オーソモレキュラー（分子整合栄養医学）に基づき、症状の改善を目指すものです。

記入日： 年 月 日

ふりがな
名前：

性別： 男 女

血液型：

生年月日：西暦 年 月 日

年齢：

住所：（〒 ー ）

連絡先（自宅・携帯・その他）：

メールアドレス：

配偶者： あり ・ なし

子供： あり（ 人 ） ・ なし

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

職業：

労働時間： 時間/日、週 日

緊急連絡先：

続柄：

身長： cm 体重： kg 今までの最高体重： kg

直前の食事内容： 時間： 時

頃

【改善したい病気や症状など】

現在改善したいと考えておられる症状や病気などをお書きください。

症状／病名、発症時期（年齢）、状況（治療方法・現在の状態）など

現在のあなたの状況を把握させていただくため、以下にご記入ください。

1. 当院にご来院下さったきっかけをお知らせください。
2. 当院で行っている栄養療法のどのような点に興味を持たれましたか？
3. 健康状態を改善する目的で、現在行っている習慣は何かありますか？
4. 健康状態を悪化させるだろうと思いつつも続けている習慣はありますか？
5. あなたの健康状態を改善していくにあたって、邪魔になりそうな考え(信念)や問題が何かありますか？
6. これからともにあなたの状態を改善していくために、あなたの事で私たち医師やスタッフが知っておくべきことがあればぜひお知らせください。

【既往歴（ご本人）】

以下にあげるようなものや、その他病歴がある方は記入してください。

脳卒中・痛風・高脂血症・高血圧・肝臓病・心臓病・糖尿病・骨粗しょう症・
甲状腺疾患・がん・うつ病・統合失調症・神経症・不眠症・喘息・アトピー性皮膚
炎・

アレルギー性鼻炎・結膜炎・食物アレルギーなど
いつごろから？治療の有無など もご記入ください。

例) 高血圧 約3年前から アムロジン内服中
喘息 3歳～10歳頃 吸入、内服していたが現在は発作もない など

【家族歴】祖父母、両親、兄弟、子供、いとこなど分かる範囲でお願いします。

- | | | | |
|-----------|-----|------|---|
| ・脳卒中 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・高血圧 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・心臓病 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・喘息・アレルギー | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・精神疾患 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・自己免疫疾患 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・糖尿病 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・骨粗しょう症 | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・がん | ・なし | ・あり（ | ） |
| ・その他 | （ | | ） |

【アレルギー】

薬品アレルギー：なし ・ あり（ ）

食物アレルギー：なし ・ あり（ ）

環境、化学物質アレルギー：なし ・ あり（ ）

その他：なし ・ あり（ ）

【現在の内服薬、サプリメント】

現在使用しておられる内服薬、サプリメントの名前と摂取量を下記にご記入ください。

医師の処方による薬：なし ・ あり

ご自分で購入されている薬、サプリメント：なし ・ あり

【基本的生活習慣】

●趣味・興味のある事 ()

●運動 ・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、() 時間程度

運動名 ()、週 () 回、() 時間程度

●睡眠 1. 寝つき ・よい ・ふつう ・わるい

2. 目覚め ・よい ・ふつう ・わるい

3. 夜中に起きる ・はい ・いいえ

4. よく夢を見る ・はい ・時々 ・いいえ

5. 平均睡眠時間 () 時間

就寝時間 () 時頃、起床時間 () 時頃

●喫煙 ・吸わない ・吸う ・過去に吸っていた

※「吸う」、「過去に吸っていた」場合 本数 () 本/日、() 年間

●飲酒 ・飲まない ・飲んでいた ・飲む

※「飲む」場合、具体的に

飲酒量 ()、飲酒頻度 ・毎日 ・時々 (週 日程度)

●排便について

排便頻度 ・毎日： 回/日 ・時々：週に 回

便の状態 ・固い ・しっかりとしたバナナ状 ・やわらかい ・水っぽい

におい ・とてもにおう ・少しにおう ・あまりにおわない

●歯科治療歴

歯科治療をしたことがありますか？ ・あり ・なし

虫歯はありますか？ ・あり ・なし

銀歯はありますか？ ・あり ・なし

入れ歯、差し歯はありますか？ ・あり ・なし

●結婚歴

・未婚 ・既婚 ・事実婚 ・離婚 ・別居 ・死別

●性欲はありますか？ ・あり ・なし

●パートナーはいらっしゃいますか？ ・いる ・いない

《女性のみ》

最近の生理 ____月____日から____日間

生理周期 ・規則的 (日周期) ・不規則

月経前症候群 ・なし ・時々 ・ひどい ・特にひどい

生理痛 ・なし ・時々 ・ひどい ・特にひどい

閉経されている場合 閉経した年齢_____才

妊娠中の方 妊娠_____週目

授乳 ・なし ・あり

【食生活】

- 食欲 ・旺盛 ・普通 ・なし
- 1日の食事回数 () 回/日 ・規則的 ・不規則
- 1回の食事にかかる時間 () 分くらい
- 1日の食事量 ・多い ・普通 ・少ない
- 朝食 ・摂る ・摂らない ・不規則
- 間食 ・摂る () 回/日 ・摂らない
- 夕食から就寝までの時間 ・() 時間くらい
- 外食 ・する ・しない
※「する」の場合 () 回/週くらい
- 甘いもの、菓子類 ・よく摂る ・普通 ・摂らない
- 清涼飲料水 ・よく飲む ・普通 ・摂らない
- コーヒー ・よく飲む ・普通 ・摂らない
- 炭酸飲料 ・よく飲む ・普通 ・摂らない
- 糖質類 (ご飯・麺・パンなど) ・よく摂る ・普通 ・摂らない
- ファーストフード ・よく摂る ・普通 ・摂らない
- 好きな食べ物 ()
- 嫌いな食べ物 ()
- よく摂る食事の例
朝食 ()
昼食 ()
夕食 ()
間食 ()

【自覚症状】

*主な症状・お悩みについてあてはまるところに○を付けてください。

- | | | | | |
|------------------------|-----|----|-----|-------|
| 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. 胸焼けや吐き気(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. 尿の回数が増えた | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 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	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・よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32. 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
33. 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
34. 腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35. 微熱が出る（発熱）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36. 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
37. 急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38. 急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
39. 顔や手足、まぶたがむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40. つまらないことにくよくよしたり、 憂鬱・不安になったりする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41. 毎日の気分は	充実	ほぼ充実	普通	沈みがち
42. 行ったり、怒りっぽくなったりする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43. ストレスが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44. 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

* ストレスに感じることをご記入ください。