

# 登録情報 [ 黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい ]

記入日: . .

※は必ずご記入ください

氏名:	※ (カナ)	性別 ※	男 ・ 女
	※ (漢字)	職業	
生年月日	※ (西暦)	年	月 日
郵送物やアプリ等以外の送付先	※ 〒	—	
フリガナ:			
住所:			
パート/マツヨリ名:			
電話番号:	—	—	
ご自宅の電話番号 ※	—	—	(ご連絡可能な時間帯 ※)
受信可能FAX番号	—	—	
携帯電話番号 本人・その他( )	—	—	(ご連絡可能な時間帯)
優先連絡先 (10時~19時の間) ※	自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( )		
	その他の場合 (電話番号	—	—)
	(ご連絡可能な時間帯		)
現在ご同居の家族構成を簡単にお書き下さい:			
連絡時の注意事項:			

**\*当クリニックを何で知りましたか?** 該当箇所をチェック/○、および詳細をご記入ください (複数選択)

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ご紹介 (家族・知人) | ご紹介者名:  | <input type="checkbox"/> 当クリニックを利用中  |
| <input type="checkbox"/> 書籍          | 書籍名:  |  |
| <input type="checkbox"/> 雑誌・新聞記事     | 雑誌/新聞名など:   |  |
| <input type="checkbox"/> インターネット     | ブログ/サイト名など:   |  |
|                                      | インターネットで検索いただいた場合は、その検索語句をお知らせください。<br>該当するものにチェック/○、および詳細をご記入ください (複数選択) |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 栄養療法/オーソモレキュラー/分子整合栄養医学                          | <input type="checkbox"/> 低血糖/5時間糖負荷検査  |
|                                      | <input type="checkbox"/> がん/高濃度ビタミンC点滴                                    | <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 副腎疲労/慢性疲労 |
|                                      | <input type="checkbox"/> 統合失調症/うつ/パニック障害                                  | <input type="checkbox"/> 発達障害/自閉症 <input type="checkbox"/> (IgG)アレルギー/LGS                    |
|                                      | <input type="checkbox"/> その他の検索語句:  |  |
| <input type="checkbox"/> その他         |   |  |

\*\*\*\*\* 以下、クリニック使用欄 \*\*\*\*\*

備 考

## ヘルスケア

[ 黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい ]

記入日:

. .

## 改善したい症状や病気（※必須）

・改善したい症状や病気を、簡単にお書き下さい。

症状 / 病名

発症時期（年齢）

状況（治療方法・現在の状態）

症状 / 病名

発症時期（年齢）

状況（治療方法・現在の状態）

## 既往歴（ご本人）

症状 / 病名

症状 / 病名

時期（年齢）

時期（年齢）

手術の有無

なし ・ あり

手術の有無

なし ・ あり

「あり」の場合

「あり」の場合

治療内容

治療内容

## 既往歴（ご家族）

○をしてください。（ ）に続柄をご記入ください

脳卒中 : いない ・ いる（ ）

痛風 : いない ・ いる（ ）

高血圧 : いない ・ いる（ ）

肝臓病 : いない ・ いる（ ）

心疾患 : いない ・ いる（ ）

癌 : いない ・ いる（ ）

糖尿病 : いない ・ いる（ ）

精神疾患 : いない ・ いる（ ）

その他 : 疾患名（ ）

続柄（ ）

## アレルギー

○をしてください。（ ）に詳細をご記入ください

薬品アレルギー : なし ・ ある（ ）

食物・その他アレルギー : なし ・ ある（ ）

## 感染症の有無

○をしてください

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（疾患名: ）

## 輸血経験

○をしてください

なし ・ ある（時期: ）

## ヘルスケアに関する宗教など

○をしてください

なし ・ ある（ ）