

# 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                      |          |
| 郵送物やアプリ外等の送付先 ※ 〒 —                    |          |
| フリガナ:                                  |          |
| 住所:                                    |          |
| パート/マンション名:                            |          |
| 電話番号: — —                              |          |
| 携帯電話番号 ※ 本人・その他 ( ) — — (ご連絡可能な時間帯 ※ ) |          |
| メールアドレス ※ @                            |          |
| 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

ID:

## 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（ ）

ID:

**身体情報** [ 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: . . .

身 長 \_\_\_\_\_ cm (検査当日測定いたします)

体 重 \_\_\_\_\_ kg (検査当日測定いたします)

血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg (検査当日測定いたします)

脈 拍 \_\_\_\_\_ 回/分 (検査当日測定いたします)

(女性のみ)

出産回数 \_\_\_\_\_ 回 現在妊娠中ですか ・いいえ ・はい

最近の出産 \_\_\_\_\_ 歳 (妊娠中の場合)出産予定日: \_\_\_\_\_

閉経年令: \_\_\_\_\_ 歳 現在授乳中ですか ・いいえ ・はい

|  |                |
|--|----------------|
| 検査時間診  | ※ 検査日にご記入ください。 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 8時間以内に飲食を した ・ しない<br/> <u>した</u> の場合は下記に記入↓↓<br/>           時 間 : 検査の _____ 時間前<br/>           内 容 : [ _____ ]</li> <li>・ 検査当日服薬を した ・ しない<br/> <u>した</u> の場合は下記に記入↓↓<br/>           時 間 : 検査の _____ 時間前<br/>           内 容 : [ _____ ]</li> </ul> |                |
| 前回の生理: _____ 週間前に開始 または 現在生理中(検査当日 _____ 日目)<br>備 考 : [ _____ ]  |                |

\*\*\*\*\* 以下、クリニック使用欄 \*\*\*\*\*

検 査 日 : \_\_\_\_\_

検 査 項 目 : \_\_\_\_\_

採血機関 : 新宿溝口クリニック

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

次回予約日時 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

次回担当医 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 生活習慣 [ 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: . . .

・あてはまるところに○をつけてください。また( )に記入してください。※迷われる場合は比較的よりあてはまる選択肢をお選びください。

|                        |   |  |   |  |                                 |   |   |   |
|------------------------|---|--|---|--|---------------------------------|---|---|---|
| 飲食                     | 1 食事量・頻度                                      | ・正しく                                     | ・普通                                     | ・偏る                                      | ・ひどく偏る                          |   |   |   |
|                        | 2 間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般                            | ・摂らない                                    | ・時々                                     | ・摂る                                      | ・多い                             |   |   |   |
|                        | 3 食欲  | ・ある                                      | ・普通                                     | ・ない                                      |                                 |   |   |   |
|                        | 4 1日の食事の回数                                    | ・3                                       | ・2                                      | ・1                                       | ・不規則                            |   |   |   |
|                        | 5 1回の食事にかかる時間                                 | ・長い                                      | ・普通                                     | ・短い                                      | ・不規則                            |   |   |   |
|                        | 6 1回の食事量                                      | ・適量                                      | ・満腹気味                                   | ・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 |
|                        | 9 外食  | ・しない                                     | ・する                                     |  |                                 |   |   |   |
|                        | 10 (外食を)「する」の場合                               | ( )                                      | 回/週                                     | 以上                                       |                                 |   |   |   |
|                        | 11 清涼飲料水                                      | ・摂らない                                    | ・普通                                     | ・よく摂る                                    |                                 |   |   |   |
|                        | 12 甘いもの・お菓子                                   | ・摂らない                                    | ・普通                                     | ・よく摂る                                    |                                 |   |   |   |
|                        | 13 糖質類(ご飯・麺・パンetc)                            | ・摂らない                                    | ・普通                                     | ・よく摂る                                    |                                 |   |   |   |
|                        | 14 ファーストフード                                   | ・摂らない                                    | ・普通                                     | ・よく摂る                                    |                                 |   |   |   |
|                        | 15 標準体重の維持                                    | ・している                                    | ・していない                                  |  |                                 |   |   |   |
| 睡眠                     | 1 寝付き   | ・良い                                      | ・普通                                     | ・悪い                                      | ・ひどく悪い                          |   |   |   |
|                        | 2 目覚め   | ・良い                                      | ・普通                                     | ・悪い                                      |                                 |   |   |   |
|                        | 3 夜中に起きる                                      | ・起きない                                    | ・時々起きる                                  | ・よく起きる                                   |                                 |   |   |   |
|                        | 4 平均睡眠時間                                      | ( )                                      | 時間/日                                    |  |                                 |   |   |   |
|                        | 5 就寝時間  | ・規則的                                     | ・不規則                                    |  |                                 |   |   |   |
| 運動                     | ・している   | ・していない                                   |   |  |                                 |   |   |   |
| 「している」の場合、運動名( ) 頻度( ) |   |  |   |  |                                 |   |   |   |
| 喫煙                     | ・吸わない   | ・吸う                                      | 「吸う」の場合、( )本/日                          |  |                                 |   |   |   |
| 飲酒                     | ・飲まない   | ・飲んでいた                                   | ・飲む                                     | ・多い                                      |                                 |   |   |   |
|                        | 「飲む」か「多い」の場合、該当箇所にチェック、および、量・頻度をご記入ください(複数選択) |  |   |  |                                 |   |   |   |
|                        | <input type="checkbox"/> ビール( )ml ( )回/週      | <input type="checkbox"/> 日本酒( )ml ( )回/週 | <input type="checkbox"/> 焼酎( )ml ( )回/週 | <input type="checkbox"/> ワイン( )ml ( )回/週 | <input type="checkbox"/> その他( ) |   |   |   |
| 常用薬                    | ・ない   | ・ある                                      | 「ある」の場合、薬品名を下記にご記入ください                  |  |                                 |   |   |   |
|                        | ( )   | ( )                                      | ( )                                     | ( )                                      | ( )                             |   |   |   |
|                        | ( )   | ( )                                      | ( )                                     | ( )                                      | ( )                             |   |   |   |
| 摂取中のサプリメント             | ・ない   | ・ある                                      | 「ある」の場合、製品名または主成分名を下記にご記入ください           |  |                                 |   |   |   |
|                        | ( )   | ( )                                      | ( )                                     | ( )                                      | ( )                             |   |   |   |
|                        | ( )   | ( )                                      | ( )                                     | ( )                                      | ( )                             |   |   |   |
| その他                    | 1 意識的に健康管理している                                | ・はい                                      | ・いいえ                                    |  |                                 |   |   |   |
|                        | 2 子供の頃肥満だった                                   | ・はい                                      | ・いいえ                                    |  |                                 |   |   |   |
|                        | 3 その他の生活習慣                                    | ( )                                      | ( )                                     | ( )                                      | ( )                             |   |   |   |

**最近の食事内容の傾向をわかる範囲で○を付けてください(複数選択可)**

朝食( )時頃: 内容(パン・ご飯・サラダ・肉・魚・卵料理) その他( )

間食( )時頃: 内容(ナッツ・菓子・デザート・チーズ) その他( )

昼食( )時頃: 内容(パン・ご飯・パスタ・どんぶり・ラーメン・サラダ・肉・魚) その他( )

間食( )時頃: 内容(ナッツ・菓子・デザート・チーズ) その他( )

夕食( )時頃: 内容(パン・ご飯・パスタ・どんぶり・サラダ・肉・魚) その他( )

いつも飲んでいる飲み物 該当箇所にチェックまたはご記入ください(複数選択)

野菜ジュース  コーヒー  牛乳  乳酸菌飲料  その他( )

# 自覚症状 [ 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:

・あてはまるところに○をつけてください。※は必須です。迷われる場合は4つの中から比較的よりあてはまる選択肢をお選びください。

|    |                        |   |     |      |     |       |
|----|------------------------|---|-----|------|-----|-------|
| 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（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  | 歯茎の出血がある               |   | 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、目が痒くなる         |   | 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 | しっしんがでる                | ※ | 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 | 体にアザができる               | ※ | 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、眼瞼がむくむ            |   | いいえ | 時々   | ひどい | 特にひどい |
| 37 | つまらない事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 (女性のみ)         |   | いいえ | 時々   | ひどい | 特にひどい |
| 43 | 生理痛がある (女性のみ)          |   | 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 (女性のみ)    |   | いいえ | 時々   | ひどい | 特にひどい |