

ID:

氏名:

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"> ・ 8時間以内に飲食を した ・ しない した _____ の場合は下記に記入↓↓ 時 間 : 検査の _____ 時間前 内 容 : [_____] ・ 検査当日に服薬を した ・ しない した _____ の場合は下記に記入↓↓ 時 間 : 検査の _____ 時間前 内 容 : [_____] | |
| 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) | |
| 備考: [_____] | |

🏠ご住所などの変更はございませんか？ □なし □あり

あり の場合に限り、お手数ですが、下記へのご記入にてお知らせください。

新住所: 〒 _____

ご連絡先: _____

連絡可能な時間帯: _____

***** 以下、クリニック使用欄 *****

次回予約日 : _____

備考 : _____

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、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 夕食 | ・しない | ・する | | | | | |
| | 10 (夕食を)「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) | | | | | | | |
| | □ビール()ml()回/週 □日本酒()ml()回/週 □焼酎()ml()回/週 | | | | | | | |
| | □ワイン()ml()回/週 □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 | | | | | | | | |
| 当院のサプリメントを摂取している: ・いいえ ・はい 「はい」の場合〔現在の状態〕②へご記入ください。 | | | | | | | | |
| 当院以外のサプリメントの摂取: ・ない ・ある 「ある」の場合、該当箇所にチェックしてください(複数選択) | | | | | | | | |
| | □ビタミンB群 □ビタミンA □ビタミンC □ビタミンD □マルチビタミンミネラル | | | | | | | |
| | □EPA/DHA □鉄 □亜鉛 □プロテイン/アミノ酸 □その他() | | | | | | | |
| 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() | | | | | | | |

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 | | 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 |

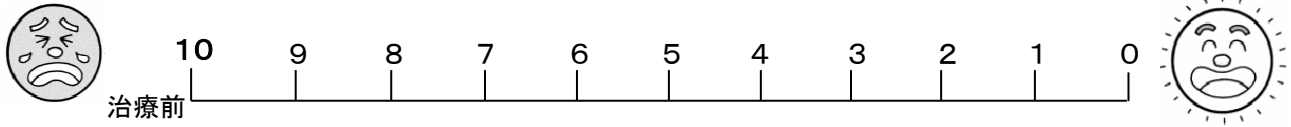
現在の状態 [黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい]

記入日: . . .

① 改善したい事の変化と現在の問題点

a. 前回の栄養解析検査前にもっとも改善したい事は何でしたか? 1つを下の()内にお書き下さい。
()

b. その改善したい事は治療前の程度を10とした時、現在はどこまで改善しましたか?
下のスケールに○を付けてください。



c. 現在、改善したい事どのようなものですか? 一番改善したい事から3つを下の()内にお書き下さい
() () ()

② 前回の検査後から現在までのサプリメント摂取状況 (該当する口をチェックして下さい)

新宿溝口クリニック提供のサプリメント: 30日分を()日間かかって飲んでいる。

* 前回の検査以降、1日で飲んでいる数を記入してください。

| | DUO | オーソサプリPro | メタジェニックス |
|-----------|----------------|--------------|----------------------|
| NB-X | 粒 A10000ミセル | 粒 マルチミネラルFe | 粒 グルタマ エニックス 本 |
| ナイアシン 250 | 粒 ADEKミセル | 粒 マルチミネラルZn | 粒 スパトラザイム 粒 |
| ヘム鉄 | 粒 EPAγリミセル | 粒 マルチビタミンBR | 粒 ウltraインフラメックス360 杯 |
| D5000ミセル | 粒 ビタミンCコンプレックス | 本 マルチオメガR | 粒 ウltra70-5IB 粒 |
| uDHA | 粒 葉酸+B12 | 粒 オーメガ鉄+葉酸 | 粒 インテフェン 杯 |
| E200ミセル | 粒 C1000+B | 本 D3フィッシュオイル | 粒 プロバイオプレックス 本 |
| 亜鉛 | 粒 カルシウム&マグネシウム | 本 オーメガビタミン | 本 キャンデバイオケイソウAR 粒 |
| C250+αリポ酸 | 粒 アドレマク 200 ビオ | 本 | メタジェニックスUS その他 |
| BCAA | 本 コエンザイムQ10ミセル | 粒 グリステイン | 杯 DHEA 粒 |
| グルタミルビオ | 本 オリブX | 粒 マグネスト | 粒 プレグネロン 粒 |
| 必須アミノ酸X | 本 グルコサミンMB | 本 バンソム | 粒 Niacitol500mg 粒 |
| プロテインGX | 杯 イソフラボンX | 粒 マググリネット | 粒 N-キナーゼ 粒 |
| | 仔葉菜&Nキナーゼ | 粒 アドレグソ | 粒 |
| | | チソール | 粒 |

新宿溝口クリニック提供以外のサプリメントを飲んでいる

③ 前回の検査から現在までの糖質摂取管理など (該当する口をチェックして下さい)

A. 砂糖について (砂糖入り菓子、スナック菓子、ジュース、100%野菜ジュース等、ステップ1の食材)

毎日食べる 週に5~6回食べる 週に3~4回 週に1~2回 全く食べない

B. 精製された食品 (白米・煎餅・白い小麦粉でできたうどんやラーメン・パン等、ステップ2の食材)

毎日食べる 週に5~6回食べる 週に3~4回 週に1~2回 全く食べない

C. 食事の他に補食を摂っていますか? (はい・いいえ) 「はい」の場合の種類:

D. グルテンフリー(小麦除去)を実施して ・いない ・いる ・いた 期間()

E. ガゼインフリー(乳製品除去)を実施して ・いない ・いる ・いた 期間()