

## 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 ※ (漢字)	性別 ※ 男・女
※ (カナ)	職業
生年月日 ※ (西暦)	年 月 日
郵送物やプリント等の送付先 ※ 〒	— (都道府県)

(アパート/マンション)

(電話番号) — —

(宛 名)

(カ ナ)

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 ※ 自宅・携帯・その他( ) (10時~19時の間)

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"/> 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"/> (IgE)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	I D

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（ ）

**身体特徴** [ 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: . .

[ わかる範囲でご記入ください ]

身 長 \_\_\_\_\_ cm

体 重 \_\_\_\_\_ kg

血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

脈 拍 \_\_\_\_\_ 回/分

(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(妊娠中の場合予定) \_\_\_\_\_ 歳 現在授乳中ですか ・いいえ ・はい

閉経年令 (初回時のみ記入) \_\_\_\_\_ 歳

**検査時間診** ※ 検査日にご記入ください。

・ 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 : [ \_\_\_\_\_ ]

前回の生理: \_\_\_\_\_ 週間前に開始

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Dr力 : \_\_\_\_\_



# 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。

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