

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: _____

閉経年齢: _____ 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。
<p>・ 8時間以内に飲食を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない</p> <p><u>した</u> の場合は下記に記入↓↓</p> <p>時間 : 検査の _____ 時間前</p> <p>内容 : [_____]</p>	
<p>・ 検査当日に服薬を <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない</p> <p><u>した</u> の場合は下記に記入↓↓</p> <p>時間 : 検査の _____ 時間前</p> <p>内容 : [_____]</p>	
<p>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)</p> <p>備考 : [_____]</p>	

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 *****

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: _____

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	・よい	・普通	・悪い	・ひどく悪い			
	2	目覚め	・よい	・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									
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〕(最終ページ)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、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()							

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

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:

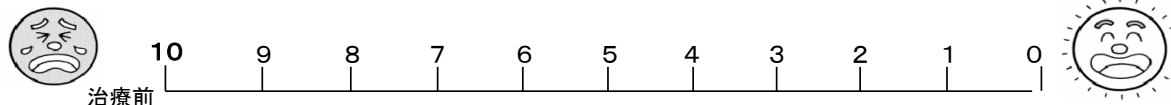
① 症状の変化と現在の問題点

a. 治療前にもっとも辛い症状はどのような症状でしたか？ 1つを下の()内にお書き下さい。

()

b. その症状の治療前の程度を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. 現在ある症状はどのようなものですか？辛い症状から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)

 新宿溝ロ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カッコ内に記入してください

NB comp()粒 ・ ナイアシン150()粒 ・ ヘム鉄6+()粒 ・ D3+5000()粒
 uDHA()粒 ・ プロテインをすりきり()杯 ・ アミノ9()袋 ・ αリポC200()粒
 亜鉛()粒 ・ E100()粒 ・ グルタミン()袋 ・ BCAA()袋 ・ Vit AR()粒
 D3+()粒 ・ BB()粒 ・ CaMg()粒 ・ ヘム鉄3+()粒 ・ ヘム鉄()粒
 グルタジェニックス()袋 ・ スペクトラザイム()粒 ・ ウルトラ・フローラ IB()粒
 エンデフェン()杯 ・ ウルトラインフラックス360°()杯 ・ ネイチャーサイロイド®()粒 ・ DHEA()粒
 オーソミネラル:Fe()粒 ・ Zn()粒 ・ BR()粒 ・ ωR()粒
 その他()

 新宿溝ロクリニック提供の保険適用の栄養剤を飲んでいる(ご来院時にお出しする処方箋のことです)

 新宿溝ロ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()

④ 幻聴がある方(あった方)のみご記入ください

◆ 以前の幻聴はなんと聞こえましたか？(どのような言葉ですか?)

◆ 頻度はどれくらいでしたか？

◆ 以前の幻聴が聞こえた時の自分の反応は？

◇ 現在の幻聴はなんと聞こえますか？(どのような言葉ですか?)

◇ 頻度はどれくらいですか？

◇ 現在の幻聴が聞こえる時の自分の反応は？