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

検査時問診	※ 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　：　[　　]

・ **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 *******

検 査 日　：

採血機関　：　新宿溝口クリニック

検査項目：

次回予約日　：

次回担当医　：

ID:

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回の食事にかける時間	・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)

☐ 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〕(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 ( )		

ID:

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〇をつけてください。**※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

ID:

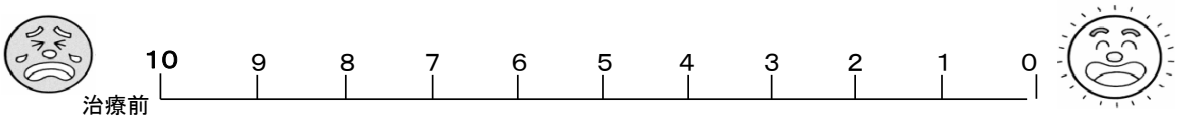
現在の状態 ［黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けて下さい］　記入日:　　.　　.

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？
下のスケールに〇を付けてください。



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□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13(　　)袋　・αリポC200(　　)粒
亜鉛(　　)粒　・ E100(　　)粒　・グルタミンGB(　　)袋　・ BCAA411(　　)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　・ ｳﾙﾄﾗｲﾝﾌﾗﾒｯｸｽ360°（　　)杯　・ ﾈｲﾁｬｰｻｲﾛｲﾄﾞ（　　）粒　・ DHEA(　　)粒
オーソミネラル：Fe（　　）粒　・ Zn（　　）粒　・ BR（　　）粒　・ ωR（　　）粒
その他（　　）

□　新宿溝口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□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、ｽﾃｯﾌﾟ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、ｽﾃｯﾌﾟ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？