

基本情報

記入日： 年 月 日

お名前	(フリガナ)				
ご住所	〒				
性別	男性 / 女性	生年月日	年	月	日 (満 歳)
職業		身長	cm	体重	kg
TEL		e-mail			
受診のきっかけ	当院HP ・ 高城剛さんメルマガ ・ その他 ()				

現在、一番気になる症状を教えてください。

--

症状や病気はいつ頃からですか？

____ 年前から ____ 歳頃から

この症状・病気の治療状況を教えてください。

現在治療をしている はい / いいえ

過去に治療している はい / いいえ

治療の目的・ゴールなど

--

あてはまるものに○を付けて下さい

<input type="checkbox"/>	予算が限られているので、なるべく低額での検査・治療を希望
<input type="checkbox"/>	病態に応じて、予算とのバランスを考えた適切な検査・治療を希望
<input type="checkbox"/>	将来の健康まで考えた最良の検査・治療を希望

現在治療中の病気について教えてください。

病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				
病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				
病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				

現在、服用している薬やサプリメントをすべて教えてください。

--	--	--	--	--

既往歴（ご本人）

病名		発症時期年齢		歳
手術	有	無	(有の場合内容)	
治療内容				
病名		発症時期年齢		歳
手術	有	無	(有の場合内容)	
治療内容				

家族歴：血のつながったご家族に特別な病気はありますか？

--	--	--	--	--

食事について

食事は1日何回食べますか？

回

	朝食		昼食		夕食		夜食
--	----	--	----	--	----	--	----

食事は誰が作りますか？ 自分 / 家族 / 外食・惣菜

実行している食事法があれば、○を付けて下さい

	糖質制限		グルテンフリー		カゼインフリー		ヒスタミンフリー		パレオダイエット
糖質制限をしている方のみお答えください。									
糖質制限をして体調はいかがですか？				調子が良い		調子が悪い		無性に甘いものが食べたいくなる	

あてはまるものに○を付けて下さい。

お菓子		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
インスタント食品		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
乳製品		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
お酒		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
コーヒー		よく食べる		時々食べる		まったく食べない

その他食事で気を付けていることがあれば、教えて下さい。

歯についてあてはまるものに○を付けて下さい。

	虫歯がある・過去にあった		歯周病がある・過去にあった		神経を取っている歯がある
	インプラントをつけている		口臭がする		歯ぎしりをする
	歯に金属の詰め物・かぶせ物がある		金属の種類（わかれば）		

あてはまるものに○を付けて下さい

	最近、抗生物質を使用した、または以前大量に使ったことがある
	最近、ステロイドを使用した、または以前大量に使ったことがある
	ピルを飲んでいる、または使ったことがある
	無性に甘いものが欲しくなる
	副鼻腔炎（蓄膿症）である、または副鼻腔炎にかかったことがある
	子供のころにワクチン接種をした

以下の項目について活力レベル0 (全く活力なし) ~ 10 (とても活力的) のどこにあてはまりますか？

起床時	
起床1時間後	
10AM (あるいは起床3時間後)	
正午 (あるいは起床5時間後)	
3~5PM (あるいは起床7~9時間後)	
8~9PM	
11PM	

睡眠について、はい、いいえでお答えください。

よく眠れますか？	はい / いいえ
寝つきはいいですか？	はい / いいえ
途中で起きてしまうことがありますか？	はい / いいえ
睡眠時に呼吸が止まることはありますか？ (10秒以上)	はい / いいえ

普段運動はされますか？ いいえ / はい

運動の種類	頻度 (/週)	運動時間	汗はかきますか？	疲れが続く日数
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間
	回	分	多い 少ない かかない	日間

あなたにとってストレスに感じるものを挙げて下さい

1	
2	
3	

ストレスを発散するために行っていること、ストレスを減らすものを挙げて下さい

1	
2	
3	

現在あてはまる症状について、○をしてつけて下さい。

	疲れを感じる
	スタミナ(体力がない)
	ストレスの多い日の後は疲れ果ててしまう
	対処しているのに、ストレスを感じる
	不安がある
	適度(ちょうどよい)なプレッシャーの中で働いている
	大きな出来事の後には、やる気を感じる
	疲れているのに、横になっても眠れない
	眠りについて3時間後には起きてしまう。その後さいご眠りにつくのに数時間かかる
	塩分やと糖分を欲する
	食事を抜くとイライラする、あるいは活力を失う
	食後に眠くなる
	手足が冷たい
	寒いのが耐えられない(寒さのため冬が嫌い)
	低体温である(36°C以下)
	月経が不安定、PMSがある、月経痛が強い
	抜け毛が多い(髪が薄くなった)
	体重増加し、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
	低血圧である
	耳鳴りがする
	立ちくらみ・めまいがする
	すぐに息切れがする
	動悸がする
	化学物質や他の物質への過敏症(以前はなかったもの)
	アレルギー症状の悪化
	かゆみがある
	風邪をひくと、なかなか治癒しない
	筋肉痛、肩こりがある
	腕や顔にシミができてきた
	目が腫れている
	爪がもろい

集中力が続かない
わけもなく怒りっぽくなる
神経過敏、神経質である
頭に霧がかかっている
記憶障害、物忘れが多い
口の中が金属の味がする
以前は“アドレナリンジャンキー”(スリルを求めること好き)だったが、現在はスリルを求めなくなった
アドレナリンジャンキーである(スリルを求めるのが好き)
胸焼けがする
胃もたれがある
食欲不振
胃痛
下腹部痛がある
腹部の膨満感
便の形が不安定
下痢気味
便秘気味
便のにおいが強い

はい・いいえでお答えください。(成人男性のみ)

勃起時、ペニスの硬さが減少した	はい / いいえ
筋肉量が減った	はい / いいえ
体力が落ちた	はい / いいえ

はい・いいえでお答えください。(女性のみ)

経口避妊薬(ピル)を飲んだことがある	はい / いいえ
現在も月経がある	はい / いいえ
お子さんは何人ですか?	人
子宮筋腫になったことがある、あるいは治療中	はい / いいえ
子宮内膜症になったことがある、あるいは治療中	はい / いいえ

出産回数 _____ 回

現在妊娠中ですか? はい / いいえ

最近の出産(妊娠中の場合は予定) _____ 歳

現在授乳中ですか? はい / いいえ

閉経年齢 _____ 歳

最近の生理開始日 _____ 月 _____ 日

症状表

現在の症状を10点満点でつけてください。（症状が強い 10点 ～ 症状がない 0点）

名前：

症状	/	/	/	/	/	/
とにかく疲れている						
うつ症状がある						
不安感がある						
不眠気味である						
朝、起きられない						
冷え性である						
甘いものへの欲求が強い						
低血糖症状がある						
性欲が格段に落ちた						
月経が不安定、月経が強い						
立ちくらみ・めまいがする						
アレルギー症状がある						
筋肉痛、肩こりがある						
集中力が低下している						
神経過敏、神経質である						
胃もたれがある						
腹部の膨満感						
便の形が不安定						
下痢気味						
便秘気味						
合計						

NAME :

	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
起床時間	:	:	:	:	:	:	:
就寝時間	:	:	:	:	:	:	:
睡眠時間	h	h	h	h	h	h	h
食事内容・時間	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)
便回数	回	回	回	回	回	回	回
色							
形							
臭い							
体調等							

医師に知っておいて欲しいこと
質問など

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the user to write their questions or information they want to share with the doctor.

このページは医師が記入します

年 月 日

計画

1) 検査

2) 次回の受診までにやること

3) 次回の診察時にやること