

質問票

〔年齢 歳〕

フリガナ	性別	血液型：A型・B型・O型・AB型・不明
氏名	女性・男性	誕生日：西暦 年 月 日生
自宅 〒	↳現在、妊娠中ですか？…いいえ・はい〔 週〕	
住所	電話 ()	自宅・携帯
職業	同居している方 配偶者・父・母・娘・息子・孫・その他〔 〕	

▲以上は漏れなくご記入ください。※該当するものに○をつけてください。わかる範囲で構いません。

1) 症状について 〔 〕内に症状のあるところをお書きください。

痛み…頭・首・肩・のど・胸・腹・腰・膝・太腿・肛門・その他〔 〕
 咳・痰・鼻水・くしゃみ・下痢・便秘・胸焼け・吐き気・嘔吐・食欲不振・体重減少・体重増加
 発熱・寒気・だるさ・めまい・ふらつき・動悸・息苦しさ・不眠・不安・うつ・疲れ・ストレス
 むくみ〔 〕・冷え〔 〕・痺れ〔 〕・しこり〔 〕・出血〔 〕
 その他の症状〔 〕

2) 医療との関わりについて 〔 〕内に詳細をお書きください。

- ◆今までにかかったことのある病気 および 現在患っている病気
 脳卒中・心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常・痛風・腎臓病・肺炎・結核（肋膜炎・肺浸潤）
 喘息・アトピー・花粉症・B型肝炎・C型肝炎・その他〔 〕
- ◆手術の経験…なし・あり〔 〕
 （例：虫垂炎（盲腸）で手術、ポリープ切除、子宮筋腫摘出術など）
- ◆お薬・食べ物・飲み物などのアレルギー…なし・あり〔 〕
- ◆薬剤使用歴…なし・ステロイド・安定剤・睡眠薬・抗うつ剤・その他〔 〕

3) 生活習慣について 〔 〕内に詳細をお書きください。

朝…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔 〕
 昼…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔 〕
 夕…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔 〕
 間食…摂らない・チョコ・アイス・クッキー・飴・せんべい・小魚・豆・卵・その他〔 〕
 サプリメント（健康食品）…摂らない・摂る〔 〕
 飲み物…コーヒー〔1日 杯〕・紅茶・緑茶・麦茶・ほうじ茶・炭酸飲料・その他〔 〕
 アルコール…飲めない・飲まない・飲む〔毎日・週に 回〕・止めた〔 歳まで飲んでいた〕
 タバコ…吸わない・吸っている〔1日 本／ 歳から〕・止めた〔 歳まで吸っていた〕
 睡眠…就床〔 時頃〕～起床〔 時頃〕／途中で 起きない・起きる〔 〕
 運動…しない・する〔毎日・週に 回〕／種類：散歩・体操・その他〔 〕
 入浴…しない・シャワー・湯船に浸かる / 発汗…多い・少ない・その他〔 〕
 排便…毎日出る・〔 〕日毎に1回／硬い・軟便・下痢・血便・その他〔 〕
 排尿…多い・少ない・残尿感あり・排尿時痛あり・濁りあり・夜間頻尿・その他〔 〕

紹介者名：

▼自由記入欄

ご協力ありがとうございました。

★質問票記入日：西暦 年 月 日