

予約日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

## 問診表

空欄に記入して予めご送付下さい。

診断の際に大変重要な内容です。正確に記入して頂くほど最善の診断が出来ます。

記入には1時間半くらいかけて下さい。

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

性別 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

通園・通学先 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_

家族構成 父 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

母 名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

ご両親の職業 \_\_\_\_\_ 過去の職業 \_\_\_\_\_

兄弟 年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女

年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女

通院中の病院 \_\_\_\_\_ 医師名 ( 科医) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

何でこちらを知りましたか？(誰の紹介ですか?)

ご自宅からクリニックまでかかる時間 \_\_\_\_\_

相談したい問題と症状(なければ診察を受ける理由)を下記に沿って記入下さい。

\*効果的な診断の為、簡潔に分かりやすく記入して下さい。

記入は、別紙をご利用下さい。

(1) 現状 :

(2) 特に問題の点 :

(3) 発病の時期、これまでの経過・その他特記すべき病歴を全て時系列的に :

MMR、DPT、ポリオ、インフルエンザ予防接種も時系列的に記載下さい。

(4) 薬の処方歴(現在と過去、特記すべき過去の投薬問題) :

(5) サプリメントの処方歴 :

上記の内容に対して他のクリニック・医師にかかっている場合は、診断結果を記入して下さい。

最近の医療記録、できれば、検査結果や病院からもらった病状のまとめなども持参して下さい。

名前 \_\_\_\_\_

問題の症状に対して、生活上の習慣や活動、生活態度など、何か改めたことはありますか？

今回のトリートメントで達成したいことは何ですか？

ここの治療によるあなたの考える最終的なゴールは何ですか？

同居しているメンバー（家族以外も。ペットも含む）

名前	関係	年齢	職業

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

生活習慣

化粧品の使用 有・無

香りつきの石鹸の使用 有・無

シャンプーの使用 有・無      リンスの使用 有・無

その他の洗面・入浴用品の使用 有・無 何ですか？ \_\_\_\_\_

ご家族の喫煙 1日 \_\_\_\_\_ 本ぐらいの二次的煙を吸い込んでいる

飲料水 種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

飲みすぎることがありますか？ 有・無

カフェイン（摂取量を記入して下さい）

コーヒー \_\_\_\_\_ 紅茶 \_\_\_\_\_ 日本緑茶 \_\_\_\_\_ ココア \_\_\_\_\_

チョコレート \_\_\_\_\_ コーラ等のカフェインを含んだソフトドリンク \_\_\_\_\_

市販薬（便秘薬、アスピリン、抗ヒスタミン剤、充血緩和剤、鼻づまりの薬、興奮剤など）の使用

有・無 種類・名称・量 \_\_\_\_\_

処方薬（病院で処方される薬） 有・無 種類・名称・量 \_\_\_\_\_

薬物アレルギー 有・無 種類・名称・症状 \_\_\_\_\_

他のアレルギーや過敏症（食物・花粉・動物・化学製品など）

有・無 種類・症状 \_\_\_\_\_

※今までの検査結果がありましたら添付ください。

定期的な運動 有・無 種類 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_

頻度 \_\_\_\_\_ 発汗はありますか？ \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

何かストレス解消、リラクゼーションを行っていますか？

有・無 種類 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

本人のストレス度合 \_\_\_\_\_ 低・中・高 レベル

睡眠 だいたい \_\_\_\_\_ 時～ \_\_\_\_\_ 時 寝ている間に目がさめる事がありますか？ 有・無

夢 \_\_\_\_\_ みる・みない よく眠れた感じ 有・無 就寝時間 \_\_\_\_\_ 時頃

好きなこと、興味を持っていること

胎児時 母親の健康上の問題（病気・ストレス・タバコ・薬物治療・アルコールなど） \_\_\_\_\_ 有・無

どれですか（任意回答）？ \_\_\_\_\_

まぐろ刺身、海産物など摂取しましたか？ かなり・多少・いいえ

口腔内にアマルガム、金属挿入物がありましたか？ はい・いいえ

当時、避妊用具ペッサリ、避妊ピルを使用しましたか（任意回答）？ はい・いいえ

母乳でしたか？それとも粉ミルクでしたか？ \_\_\_\_\_

あなたの家での生活は（任意回答・あてはまるものに○）

愛情がある・協力的・ストレス的・悪口が多い・平和・うるさい・口論が多い・教育的  
アルコール依存・友好的・未婚の親・寂しい

他 \_\_\_\_\_

かかった事のある病気（あてはまるものに○）以下はお子様に関してです

疝痛（内臓の筋肉痙攣により起こる激しい痛み）・湿疹・喘息・小児麻痺・アレルギー  
気管支炎・肺炎・髄膜炎・リウマチ熱・再発を繰り返す風邪・耳の感染  
口腔カンジダ症・風疹・夜尿症(寝小便)・扁桃摘出術・ひどいオムツかぶれ  
学習無力・極度な活発性

他 \_\_\_\_\_

過去の病気

有・無 内容・時期 \_\_\_\_\_

頻繁もしくは長期的に抗生剤を使用した事がありますか？（エリスロマイシン・ペニシリン・テトラサイクリン・スルファ剤・フラジール等）

有・無 種類 \_\_\_\_\_

海外渡航歴 有・無 下痢をしましたか？ した・しなかった

腸の寄生虫を検査したこと 有・無 寄生虫のための治療を受けたこと 有・無

入院したことはありますか？

日付 入院期間 病名・手術 病院名

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

症状と身体機能の調査 ( ) にあてはまる記号を記入して下さい。

現在持続的にある問題→A 間欠的な(出たり消えたりする)問題→B

過去の問題→C

あてはまらない→無記入

- |                   |                  |                  |
|-------------------|------------------|------------------|
| ( ) 頭痛            | ( ) 高血圧          | ( ) 虚弱体質         |
| ( ) 首の腫れ、こぶ       | ( ) 不整脈          | ( ) 足の痛み         |
| ( ) 平衡(バランス)感覚の異常 | ( ) 頻脈           | ( ) 足のつり         |
| ( ) めまいがする発作      | ( ) 胸の痛み、圧迫感     | ( ) 震え           |
| ( ) めまい           | ( ) 足、足首のむくみ     | ( ) 発作・てんかん      |
| ( ) 瞬間的な失神・気絶     | ( ) 夜間の呼吸苦       | ( ) 麻痺・ヒリヒリ感     |
| ( ) 霧視(汚れた視界)     | ( ) 静脈瘤・静脈炎      | ( ) 皮膚腫瘍         |
| ( ) 二重の視界         | ( ) 消化不良         | ( ) 肌の乾燥         |
| ( ) 白内障           | ( ) 嘔気・嘔吐        | ( ) ニキビ          |
| ( ) 眼の痛み・かゆみ      | ( ) 腸のガス・お腹が張る   | ( ) 湿疹(かゆみのある発疹) |
| ( ) 涙が多い・眼の充血     | ( ) げっぷが多い       | ( ) 発疹           |
| ( ) 難聴            | ( ) お腹がふくれている    | ( ) 乾癬(皮膚の病気)    |
| ( ) 耳の痛み・うみ       | ( ) お腹の痛み・けいれん   | ( ) ふけ           |
| ( ) 耳鳴り           | ( ) 便秘           | ( ) じんましん        |
| ( ) 繰り返す耳の感染      | ( ) 下痢・軟便        | ( ) かゆみ・皮膚の灼熱感   |
| ( ) 虫歯            | ( ) 直腸のかゆみ       | ( ) 傷になりやすい      |
| ( ) 歯茎からの出血       | ( ) 便に血が混ざる      | ( ) 甲状腺機能低下症     |
| ( ) 舌に傷がある        | ( ) 便が黒い         | ( ) 甲状腺機能亢進症     |
| ( ) 舌苔(舌が白い)      | ( ) 直腸の痛み        | ( ) 体重の増加        |
| ( ) 味覚・嗅覚の喪失      | ( ) 黄疸           | ( ) 体重の減少        |
| ( ) 口の中や周りの傷      | ( ) 肝炎、膵炎        | ( ) 過度な暑がり       |
| ( ) 飲み込みづらい       | ( ) 大腸炎          | ( ) 過度な寒がり       |
| ( ) クロウン病         | ( ) 食欲不振         |                  |
| ( ) 鼻の充血          | ( ) 憩室炎(腸の炎症の一種) |                  |
| ( ) 鼻水            | ( ) 頻尿           | ( ) 疲れやすい        |
| ( ) 風邪を引きやすい      | ( ) 茶や赤い尿        | ( ) 寝汗           |
| ( ) 鼻ポリープ         | ( ) 排尿の勢いが弱い     | ( ) 糖尿病          |
| ( ) のどの痛み         | ( ) 頻繁な尿意切迫感     | ( ) 低血糖          |
| ( ) リンパ腺の腫れ       | ( ) 尿失禁          | ( ) 神経質          |
| ( ) 繰り返す発熱や悪寒     | ( ) 尿の出し始めが出にくい  | ( ) うつ病          |
| ( ) かすれた声         | ( ) 腎臓炎・膀胱炎      | ( ) 頻呼吸          |
| ( ) 心理的な助けを求める感じ  |                  |                  |
| ( ) 喘鳴(呼吸がゼーゼーする) |                  |                  |
| ( ) せき            | ( ) 筋肉や関節の痛み     | ( ) 睪丸の痛み        |
| ( ) 吐血            | ( ) 関節炎          | ( ) 心雑音          |
| ( ) 肺炎            | ( ) 関節の硬直・こわばり   | ( ) 前立腺の異常       |
| ( ) 背中や首の痛み       |                  |                  |

ここから下は男性のみ

名前 \_\_\_\_\_

## 病歴

本人、もしくは家族どちらでも、あてはまる項目がある場合は‘誰か’を記入して下さい。

アルコール中毒 \_\_\_\_\_

アレルギー \_\_\_\_\_

貧血 \_\_\_\_\_

関節炎 \_\_\_\_\_

喘息 \_\_\_\_\_

出血、打撲傷 \_\_\_\_\_

癌 \_\_\_\_\_

けいれん、ひきつけ、てんかん \_\_\_\_\_

大腸炎、クローン病 \_\_\_\_\_

糖尿病 \_\_\_\_\_

消化機能の病気 \_\_\_\_\_

ヘルペス、みずぼうそう、帯状疱疹 \_\_\_\_\_

低血糖症 \_\_\_\_\_

麻薬常用 \_\_\_\_\_

湿疹、乾癬（皮膚病の一種） \_\_\_\_\_

心臓病 \_\_\_\_\_

肝炎 \_\_\_\_\_

高血圧 \_\_\_\_\_

高コレステロール \_\_\_\_\_

感染しやすい \_\_\_\_\_

尿の感染 \_\_\_\_\_

狼瘡（顔の皮膚病の一種） \_\_\_\_\_

精神病 \_\_\_\_\_

偏頭痛 \_\_\_\_\_

肺炎 \_\_\_\_\_

小児麻痺、ポリオ \_\_\_\_\_

前立腺の異常 \_\_\_\_\_

リウマチ熱 \_\_\_\_\_

リウマチ系疾患 \_\_\_\_\_

鼻炎 \_\_\_\_\_

発作 \_\_\_\_\_

甲状腺の異常 \_\_\_\_\_

肺結核 \_\_\_\_\_

潰瘍 \_\_\_\_\_

性病 \_\_\_\_\_

体重の問題 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## 家族歴

家族の年齢、亡くなっている場合は死亡年齢

現在及び過去の病気を記入して下さい。

父親 \_\_\_\_\_

母親 \_\_\_\_\_

祖父 \_\_\_\_\_

祖父 \_\_\_\_\_

祖母 \_\_\_\_\_

祖母 \_\_\_\_\_

兄弟・姉妹 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

子供 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 検査歴

受けた事のある項目に、一番最近の

受けた時期を記入して下さい。

一番最近に受けた検査（検査名と検査時期）

\_\_\_\_\_

E E G・脳マップ \_\_\_\_\_

胃腸の検査 \_\_\_\_\_

胆嚢検査 \_\_\_\_\_

腎臓・膀胱系の検査 \_\_\_\_\_

肝臓・膵臓検査 \_\_\_\_\_

心電図 \_\_\_\_\_

有害重金属・体内ミネラル \_\_\_\_\_

腸内細菌・寄生虫 \_\_\_\_\_

血液検査 \_\_\_\_\_

他の検査 \_\_\_\_\_

## 予防接種

受けた事のある項目に、受けた時期

を記入して下さい。

痘瘡（天然痘） \_\_\_\_\_ 破傷風 \_\_\_\_\_

小児麻痺（ポリオ） \_\_\_\_\_ インフルエンザ \_\_\_\_\_

おたふく \_\_\_\_\_ 麻疹（はしか） \_\_\_\_\_

肺炎 \_\_\_\_\_ ジフテリア \_\_\_\_\_

百日咳 \_\_\_\_\_ 風疹 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

### 生活環境

家の周りの環境 都市・郊外・田舎・海岸・湖岸  
暖房器具の種類 \_\_\_\_\_ 加湿器を使いますか? はい・いいえ  
暖炉は使いますか? はい・いいえ 壁に断熱材は使われていますか? はい・いいえ  
家は築何年ですか? 約 \_\_\_\_\_ 年 地下室 ある (乾燥・湿気・かび臭い・埃っぽい)・ない  
害虫駆除はしていますか? はい・いいえ 方法 \_\_\_\_\_  
羽かダウンカバー、掛け布団かジャケットを使いますか? はい・いいえ  
家にエアフィルターか空気清浄機がありますか? はい・いいえ  
家またはよく行く場所に動物はいますか? はい・いいえ 動物の種類 \_\_\_\_\_  
強い化学洗剤、溶剤、塗料などを使いますか? はい・いいえ  
何を使いますか? \_\_\_\_\_

### 食物栄養チェック

以下の質問に的確に簡潔に時間をかけて答えてください。

普段の食事・飲み物を教えて下さい。

どのような食物、飲み物を普段摂取するか記入してください。(的確に書いてください。)

	平日	週末
朝食		
間食		
昼食		
間食		
夕食		
夜食		

暴飲暴食しますか? はい・いいえ  
自分へのご褒美あるいは現実逃避のために飲食をしますか? はい・いいえ  
そうであれば、飲食の内容・頻度 \_\_\_\_\_  
一番やめられない食物 \_\_\_\_\_  
どうしても欲しくなってしまう食物はありますか? はい・いいえ 何ですか? \_\_\_\_\_  
食物か健康習慣を変えるために、どのような努力や計画の考慮がづらいと思いますか?  
\_\_\_\_\_

食物で敏感な反応がある物があれば記入してください。  
\_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

食習慣 当てはまる欄にチェックをして下さい。

1日1回以上→A      週2回以上→B      週1回以下→C      月2回以下→D      全くなし→E

A	B	C	D	E	
					飲酒
					レストランで食事
					ファーストフード、コンビニ食
					ケーキ、クッキー、飴、アイスクリーム他の菓子
					砂糖をコーヒー、紅茶、シリアル他の食物に加える
					コーラ他のソフトドリンク
					インスタントの朝食、ドーナツ、マフィン
					コンフ레이크他のシリアルの朝食
					カフェインを含んだ飲料（コーヒー、紅茶、緑茶、コーラなど）
					油をたっぷり使って揚げた食物
					マーガリン
					暖かいホールグレイン（オートミール）
					肉類（鶏肉・ターキー以外）
					鶏肉・ターキー *放し飼いの鶏ですか？ はい・いいえ
					冷凍されていない魚
					加工された肉類（ソーセージ、チキンナゲットなど）
					生の果物
					生か料理された新鮮な野菜
					サラダ
					精製されていない穀物・パン
					精製された穀物・パン（白いパン）、白い小麦粉の生產品
					豆類、さや類
					ヨーグルト *○をつけて下さい。無糖・低糖・甘い味付けのもの
					牛乳 *○をつけてください。成分無調整・低脂肪・無脂肪
					チーズ
					卵 *放し飼いの鶏ですか？ <u>はい・いいえ</u>
					塩
					生または乾燥したハーブ、スパイス
					十分な水 <u>1日約 _____ℓ</u> *○をつけて下さい。水道水・フィルターを通した水道水・ボトル
					憂鬱、退屈なときに食べる
					良く噛まずに飲み込む
					食べるのが速い
					満腹になるまで食べる
					食物の原材料等ラベルを読み理解する
					こっそりと食物を持ち出す、隠しておく
					十分な繊維質を摂る
					人口甘味料（サッカリンなど）
					ヘルスフードストアで買い物をする

名前 \_\_\_\_\_

### 栄養サプリメント

ビタミン、ミネラル他のサプリメントを摂っている場合は詳細に記入して下さい。量(mg か単位で)、ブランド、一日摂っている量も記入して下さい。複合サプリメントの場合は、その内容・量を出来る限り詳しく書いてください。書ききれない場合は、別紙をご利用下さい。



現状の指標:

ご両親様のご判断で一般同年齢と比較してご判断下さい。

- 1) 全く問題ない
- 2)
- 3) 問題ある
- 4)
- 5) 重度の問題

	1	2	3	4	5
言葉を話す能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他人の言葉の理解力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特異な表現	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
言葉の誤用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不適切な声量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視線を合わせない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族と共有する好きなものがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特別な興味、嗜好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的の無い行動の反復	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徘徊(同じ場所を歩き回る)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飛び跳ねる行動の反復	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
反復して手を叩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貧乏ゆすり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
舞踏運動(上半身などをゆする)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不安感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新しい事への積極性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物事の回避傾向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本を読む能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
テレビ鑑賞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神経過敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聴覚の過敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記憶力(長期)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記憶力(短期)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行動に不器用さ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突出した技能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>