

## CLIENT HISTORY FORM

名前 (英語表記)

生年月日 (英語表記)

記入日 (英語表記)

男性・女性

健康的に懸念していることを 1~3 個記入して下さい。

- 1)
- 2)
- 3)

病歴：診断されたことがありますか？

	Yes	No
ADD (注意欠陥障害)		
ADHD (注意欠陥多動性障害)		
アルツハイマー病		
不安障害		
強迫性障害		
関節炎		
失神		
喘息		
自閉症		
アスペルガー症候群		
双極性障害		
心臓血管系疾患		
セリアック病		
慢性疲労症候群		
うつ病		
線維筋痛症		
脱毛症		
高血圧		

IBS（過敏性腸症候群）		
IBD（炎症性腸疾患）潰瘍性大腸炎など		
クローン病		
不眠症		
ライム病		
月経前症候群		
片頭痛		
PANDAS		
パーキンソン病		
同じ言葉を異常に繰り返す		
前立腺の問題		
不穏下肢症候群		
統合失調症		
甲状腺疾患		
Ⅱ型糖尿病		

その他の場合はここに記入してください。↓

過去に経験した一般的な症状：いずれかにチェックして下さい。

	いいえ	時々	しばしば
不安			
ストレス			
パニック発作			
恐怖感			
過敏性			
怒り			
気持ちの高ぶり			
張り切り過ぎ			
そわそわ感			
落ち着かない			
悲しみ			

不甲斐なさを感じる			
希望がないと感じる			
物事に関心がない			
活動性の欠如			
忍耐力がない			
気持ちの切り替えができない			
疲労感			
すぐ火照る			
ホットフラッシュ			
寝汗			
痛み			
凝りがある			
関節痛			
下痢			
おなら			
鼓腸（ガスが溜まり腹部がふくれること）			
腹痛			
腸痙攣			
便秘			
胸焼け			
酸逆流			
異常な体重増加が減らない			
体重増加			
食物への渴望			
睡眠困難			
目眩（めまい）			
衰弱			
脳の霧（ぼーっとしている）			
焦点が合わない			
間違いが多い			
忘れがち			
記憶力の低下			

異常行動			
皮膚発疹			
反復行動			
混乱する			
攻撃的な行動			
低体温			
口・目・鼻の乾燥			
食欲減退			
尿量の減少			
つま先立ち			

冷や汗			
手や足の麻痺			
荒い息遣い			
足首の腫れ			
筋肉の痙攣			
傷ができやすい			
鼻血			
耳鳴り			
胸の緊張感			
多汗症			
嘔吐反射			
嘔吐			
うつ症状			
視界がぼやける			
口の中の金属味			
頻尿			
聴覚障害			
低血糖			
低血圧			
潰瘍性大腸炎			
胸の痛み			

性欲減退			
異常性欲			
体毛の異常な増加（顔や体）			
夜間頻尿			
前立腺の問題			
膣異常分泌物			
乾燥			
心臓の動悸			
まぶたや顔の引きつり			
神経様疼痛			
息切れ			
乾燥肌・鮫肌			

1～10で記入して下さい。（1は問題ない、10は重篤な問題である）

言語・言葉	
行動	
腸の問題	
学習	
疲労や倦怠感のレベル	
社交性	
強迫性障害	

過去に接種した経験のあるワクチンにチェックを入れて下さい。

- Hib（インフルエンザ菌b型）
- 肺炎球菌
- DPT-IPV（4種混合 D:ジフテリア、P:百日咳、T:破傷風菌、ポリオ）
- BCG（結核菌）
- MR（M:麻疹、R:風疹）
- 水痘（水ぼうそう）
- 日本脳炎
- 2種混合（D:ジフテリア、T:破傷風菌）
- HPV（ヒトパピローマウイルス）

- B型肝炎ウイルス
- ロタウイルス
- ムンプスウイルス（おたふく）
- インフルエンザウイルス

現在服用している処方薬を記入してください↓

現在服用しているサプリメントを記入して下さい（**Holistic Health** の製品のみ）  
（それぞれの製品の1日の服用量も記載して下さい。） ↓

ありがとうございました。

ARP(Autism Recovery Project)      Dr. Jun Suzuki