

【 問診票 】

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		血液型	型 Rh
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		身長	cm
		様 体重	kg
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)		
電話番号	第一希望		
	第二希望		
E-mail	第一希望		
	第二希望		
住所	(〒)		
緊急時の 連絡先	あなたとの関係性: 連絡先		
職業			
就業内容	勤務時間()時()時~()時まで 週休()日		
	<input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 三交代 <input type="checkbox"/> その他()		
仕事の傾向	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外歩き多い <input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 立ち詰め <input type="checkbox"/> その他		
通勤	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 徒歩のみで片道()分		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 夫婦二人 <input type="checkbox"/> 夫婦+子ども()人		
	<input type="checkbox"/> その他()		
ご家族の 病歴	<p>・ご家族にガン・脳卒中・高血圧・脂質異常症などの方がおられましたらご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">(例:父、高血圧5年前から治療中 等、わかる範囲で結構です。)</p>		
ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> ご紹介()様		<input type="checkbox"/> パンフレットを見て
	<input type="checkbox"/> ホームページ		<input type="checkbox"/> その他
ご来院の 目的	<input type="checkbox"/> 病気を治したい		<input type="checkbox"/> 美容
	<input type="checkbox"/> コンディションの調整		<input type="checkbox"/> 健康維持
	<input type="checkbox"/> 病気の予防方法を知りたい		<input type="checkbox"/> その他()

ご病気について	これまでに治療したことのある病気や事故がございましたら、ご記入ください。		
	年	月	病名・手術・入院など
	□現在通院中の病院() □通院中の病名()		
	年	月	病名・手術・入院など
歯科治療歴	□歯の詰め物 □インプラント □その他()		
アレルギー	□あり □なし *アレルギーの種類()		
常用薬	普段飲んでいる常用薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 常用薬がある方は、診察時にお持ちください。		
薬の副作用	□なし □あり (副作用が出た薬名)		
サプリメント	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる [飲んでいるサプリ] *診察時にサプリ名がわかるパッケージごとお持ちください。		
断食	□経験なし □年に1~2回実施 □年に3~4回 □それ以上		
	(一回の断食の期間 日) 断食中の気になる症状などありましたら、ご記入ください。		
起床と就寝時間	起床(:)就寝(:) ・睡眠時間()時間		
睡眠の質	<input type="checkbox"/> 安眠できる <input type="checkbox"/> なかなか寝つけない <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 夜中にトイレに起きる(回数: 回)		
日々のストレスは	□強く感じる □感じる □あまり感じない □全く感じない		

女性のみ	生理	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	生理中のナプキンの種類 <input type="checkbox"/> 布ナプキン
	周期	()日	<input type="checkbox"/> 紙ナプキン(<input type="checkbox"/> オーガニック <input type="checkbox"/> それ以外) <input type="checkbox"/> その他
	妊娠したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()回	
	出産したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()回	
	現在妊娠していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

尿の回数	1日に()回	便秘	*便秘ありと答えた方
便の回数	()日に()回	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	便秘の対処法

・宗教上の理由による制約や生活習慣等ありましたら、ご記入ください。

・家のまわりの環境について

車の交通量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない	その他(気になること)
まわりに木々など	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない	
工場の煙	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> なし	
高圧線	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
携帯基地局	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

健康づくりのために実施していることがありましたら、ご記入ください。

ご意見・ご要望がありましたら、ご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

アカサカフロイデクリニック