

ID:

登録情報

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください]

記入日： 年 月 日

※は必ずご記入下さい

※氏名		フリガナ	性別	※男・女
※生年月日		(西暦)	職業	
〒				
フリガナ				
郵送物やサプリメント等の送付先	※住所			
	アパート/マンション名:			
※ご自宅電話番号:		(ご連絡可能な時間帯)		
受信可能FAX番号:				
携帯電話番号:		(ご連絡可能な時間帯)		
ご本人・その他()				
※優先連絡先		自宅・携帯・その他()		
その他の場合		電話番号 (ご連絡可能な時間帯)		

現在同居の家族構成を簡単にお書き下さい:

連絡時の注意事項:

◆当院を何で知りましたか? 該当項目にチェック/○ および詳細をご記入ください(複数選択可)

ご紹介(家族・知人) ご紹介者名: _____ 当院を利用中

新聞記事 新聞名など: _____

インターネット ブログ/サイト名など: _____

インターネットで検索いただいた場合は、その検索語句をお知らせください。

該当するものにチェック/○ および詳細をご記入下さい(複数選択可)

栄養療法/オーソモレキュラー/分子整合栄養医学 低血糖/5時間糖負荷検査

がん/高濃度ビタミンC点滴 リウマチ 不妊 副腎疲労/慢性疲労

統合失調症/うつ/パニック障害 発達障害/自閉症 (IgG) アレルギー/LGS

その他の検索語句: _____

その他 _____

***** 以下スタッフ記入欄 *****

備考

ヘルスケア

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください]

記入日：

年

月

日

改善したい症状や病気（※必須）

- ・改善したい症状や病気を簡単にお書き下さい。

症状 / 病名

発症時期（年齢）

状況（治療方法・現在の状態）

症状 / 病名

発症時期（年齢）

状況（治療方法・現在の状態）

既往歴（ご本人）

症状 / 病名

症状 / 病名

時期（年齢）

時期（年齢）

手術の有無 なし ・ あり

手術の有無 なし ・ あり

「あり」の場合 治療内容

「あり」の場合 治療内容

既往歴（ご家族） ○をしてください。（ ）に続柄をご記入ください。

脳卒中	：	いない ・ いる	（ ）	痛 風	：	いない ・ いる	（ ）
高血圧	：	いない ・ いる	（ ）	肝臓病	：	いない ・ いる	（ ）
心疾患	：	いない ・ いる	（ ）	癌	：	いない ・ いる	（ ）
糖尿病	：	いない ・ いる	（ ）	精神疾患	：	いない ・ いる	（ ）
その他	：	疾病名（ ）					
		続 柄（ ）					

アレルギー ○をしてください。（ ）に詳細をご記入ください。

薬品アレルギー ： なし ・ ある （

食物・その他アレルギー ： なし ・ ある （

感染症の有無 ○をしてください。

HIV ： なし ・ ある ・ わからない
 B型肝炎 ： なし ・ ある ・ わからない
 C型肝炎 ： なし ・ ある ・ わからない
 その他 ： なし ・ ある （疾患名

輸血経験 ○をしてください。 なし ・ ある（時期： ）**ヘルスケアに関わる宗教など** ○をしてください。 なし ・ ある（ ）

身体情報

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください]

記入日： 年 月 日

身長 _____ cm (検査当日測定いたします)

体重 _____ kg (検査当日測定いたします)

血圧 _____ / _____ mmHg (検査当日測定いたします)

脈拍 _____ 回/分 (検査当日測定いたします)

(女性のみ)

出産回数 _____ 回 現在妊娠中ですか いいえ はい

最近の出産 _____ 歳 (妊娠中の場合)出産予定日： _____

閉経年齢 _____ 歳 現在授乳中ですか いいえ はい

検査時間診

※検査日にご記入ください。

・8時間以内に飲食を した しない

「した」場合は下記に記入

時間： 検査の _____ 時間前

内容： [_____]

・検査当日服薬を した しない

「した」場合は下記に記入

時間： 検査の _____ 時間前

内容： [_____]

前回の生理： 週刊前に開始 または 現在整理中(検査当日 _____ 日目)

備考： [_____]

***** 以下スタッフ記入欄 *****

検査日： _____

検査項目 _____

採血機関： _____ 松本歯科大学病院

次回予約日時： _____

次回担当医： _____

生活習慣

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください]

記入日： 年 月 日

・あてはまるところに○を付けてください。また()に記入してください。※迷われる場合は比較的よりあてはまる選択肢をお選びください。

飲食	1 食事量・頻度	・正しく	・普通	・偏る	・ひどく偏る				
	2 間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般	・摂らない	・時々	・摂る	・多い				
	3 食欲	・ある	・普通	・ない					
	4 1日の食事の回数	・	・2	・1	・不規則				
	5 1回の食事にかかる時間	・長い	・普通	・短い	・不規則				
	6 1回の食事量	・適量	・満腹気味	・不足気味					
	7 朝食	・摂る	・摂らない	・不規則					
	8 夕食から就寝までの時間	0	1	2	3	4	5	6	
	9 外食	・しない	・する						
	10 (外食を)「する」の場合	()回/週 以上							
	11 清涼飲料水	・摂らない	・普通	・よく摂る					
	12 甘いもの・お菓子	・摂らない	・普通	・よく摂る					
	13 糖質類(ご飯・麺・パンetc)	・摂らない	・普通	・よく摂る					
	14 ファーストフード	・摂らない	・普通	・よく摂る					
	15 標準体重の維持	・している	・していない						
睡眠	1 寝付き	・よい	・普通	・悪い	・ひどく悪い				
	2 目覚め	・よい	・普通	・悪い	・ひどく悪い				
	3 夜中に起きる	・起きない	・時々起きる	・よく起きる					
	4 平均睡眠時間	() 時間/日							
	5 就寝時間	・規則的	・不規則						
運動	・している		・していない						
	「している」の場合	運動名()	頻度()						
喫煙	・吸わない	・吸う	「吸う」の場合 () 本/日						
飲酒	・飲まない	・飲んでいた	・飲む	・多い	(種類)				
常用薬	・ない	・ある	「ある」の場合薬品名を下記にご記入下さい						
	()	()	()	()	()				
	()	()	()	()	()				
摂取中のサプリメント	・ない	・ある	「ある」の場合製品名または主成分名を下記にご記入ください						
	()	()	()	()	()				
その他	1 意識的に健康管理している	・はい	・いいえ						
	2 子供の頃肥満だった	・はい	・いいえ						
	3 その他の生活習慣	()							
最近の食事内容の傾向をわかる範囲で○をつけてください(複数選択可)									
朝食	()	時頃：内容(パン・ご飯・サラダ・肉・魚・卵料理)	その他()						
間食	()	時頃：内容(ナッツ・菓子・デザート・チーズ)	その他()						
昼食	()	時頃：内容(パン・ご飯・パスタ・どんぶり・ラーメン・サラダ・その他)	()						
間食	()	時頃：内容(ナッツ・菓子・デザート・チーズ)	その他()						
夕食	()	時頃：内容(パン・ご飯・パスタ・どんぶり・サラダ・肉・魚の他)	()						
飲んでいる飲物 該当箇所にチェックまたはご記入ください(複数選択可)									
<input type="checkbox"/>	野菜ジュース	<input type="checkbox"/>	コーヒー	<input type="checkbox"/>	牛乳	<input type="checkbox"/>	乳酸菌飲料	<input type="checkbox"/>	その他()
普段よく食べているものによく使われているもの									
<input type="checkbox"/>	冷凍食品	<input type="checkbox"/>	レトルト食品	<input type="checkbox"/>	人工だし	<input type="checkbox"/>	化学調味料		

自覚症状

[黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください]

記入日： 年 月 日

・あてはまるところに○を付けてください。※は必須です。迷われる場合は4つの中から比較的よりあてはまる選択肢をお選びください。

1	立ちくらみ・めまいがする	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛・頭重(片頭痛)がある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
3	顔色が悪い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
4	目がよく疲れたり痛む		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯茎の出血がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
6	口内炎ができる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
7	のどの不快感がある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ・鼻水・目が痒くなる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中に乾燥感がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰がでる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈・動悸・息切れがある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
12	体を動かすと胸が痛む		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
13	胸やけや吐き気(嘔吐・嘔気)がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢をしやすい		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
15	食物がのどや胃にもたれる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	便秘をする	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	手足がしびれる・手足の感覚が鈍い	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	手足が冷える・しもやけになる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	起床時手指がこわばる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	しっしんがでる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	爪が割れる・はがれる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ・じんましんがある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	疲れる・よく風邪を引く	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	体にアザができる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ・クーラーが苦手である		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛・関節痛・筋肉痛がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる(発熱)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき・顔が熱くなる(ほてる)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、眼瞼がむくむ		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらない事にくよくよしたり憂鬱・不安になる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？		充実	ほぼ充実	平凡	沈みがち
39	イライラしたり怒りっぽくなる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	対人関係がうまくいかずつらいと感じる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	生理不順がある (女性のみ)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	生理痛がある (女性のみ)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	生理前に気分の変調がある (女性のみ)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい