

初診問診票

●記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

●お名前 ●生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

●ご住所 ●性別 男 女

●ご連絡先 ご自宅： 携帯： ●ご職業

●診療のご希望 ブーブー治療（瀉血治療） 医療相談、減薬・断薬相談のみ

●症状

痛み（部位： ） 痒み（部位： ） 咳・痰 鼻水・鼻づまり 不眠

胃腸障害 食欲不振 倦怠感 めまい しびれ むくみ その他

具体的に【 】

●現在かかっている病気はありますか？

ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 アトピー性皮膚炎 喘息 心疾患

肝疾患 腎疾患 消化器疾患 がん その他

具体的な病名【 】

●現在飲んでいる薬はありますか？

ない ある【薬の名前： 】

●過去にかかった病気はありますか？

ない ある 病名【例：○歳 尿路結石 】

●手術歴はありますか？

ない ある【例：○歳 虫垂炎 】

裏面もご記入ください。

●新型コロナワクチン接種歴はありますか？

ない ある（回数： 回 最終接種歴 西暦 年 月）

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない ある【 】

●現在患っている病気・症状について、ご自身では何が原因であるとお考えですか？

わからない 食生活 運動不足 ストレス 仕事 家族関係 ワクチン 薬の副作用

遺伝 その他【 】

●来院のきっかけ

ホームページ 看板 チラシ instagram X (twitter) 知人紹介（ 様）

その他【 】

●症状や発症時期について具体的にご記入ください。

●当院へのご要望などございましたら、お聞かせください。

ありがとうございました。食・生活習慣問診票のご記入もお願いいたします。

食・生活習慣問診票

●記入日 西暦 年 月 日

フリガナ

●お名前 ●身長： cm ●体重： kg

●何人暮らしですか？【 人】

独居 配偶者（パートナー） 子供【 人】 父 母 孫 その他

●調理担当はどなたですか？

自分 配偶者（パートナー） 子供 父 母 その他

●1日の食事回数【 回】 朝 昼 夕 夜食（深夜）

●外食の頻度 回/週 回/月 ごくたまに しない

●普段の飲み物

水 お茶【 茶】 コーヒー【砂糖入り ブラック】 アルコール飲料【ビール

発泡酒 日本酒 焼酎 ワイン ウイスキー その他（）】

牛乳（乳製品飲料） 野菜ジュース 果物ジュース 栄養ドリンク その他（）

●アルコールを飲まれる方 頻度： 日/週 or 月

1日につき ビール ml 日本酒・焼酎 合 ワイン ml その他（）ml

●健康食品・漢方薬・サプリメントは服用していますか？

服用していない 服用している【】

●喫煙しますか？ しない する【 本/日】 以前していた【 本/日・ 年間】

●便秘について 毎日 回/週 便秘気味 下痢気味

●睡眠について 平均睡眠時間 時間/日

裏面もご記入ください。

●生活のストレスはありますか？ ない 少ない 普通 多い

●運動習慣はありますか？ ない ある【ウォーキング ジョギング 体操 ジム

ヨガ その他（ ）】 1回の運動時間【 分】頻度【毎日 回/週・月】

●食品について

☆ハンバーガーなどのファストフードは食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆コンビニ・スーパーマーケット調理の食品（弁当・お惣菜・おにぎりなど）は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆冷凍食品・加工食品は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆パン・食パン・調理パン・サンドウィッチは食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆麺類は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆乳製品（牛乳・チーズ・ヨーグルト）は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆肉類は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆魚介類は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

次ページに続きます。

☆揚げ物は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆野菜は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆きのこ類は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆発酵食品（納豆・漬物・味噌汁など）は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆果物は食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆お菓子やスナックは食べますか？

食べない ほとんど食べない 時々食べる よく食べる 毎日

☆甘いドリンク（清涼飲料・炭酸飲料・栄養ドリンク・加糖コーヒーなど）は飲みますか？

飲まない ほとんど飲まない 時々飲む よく飲む 毎日

★食生活についての考えをお聞かせください。

全く気にしていない 気にはなるが手が回らない 気をつけている

その他【 】

<自由記入欄>

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付へご提出ください。