

問診表

記入日 年 月 日 名前

- ① 身体面で 改善したい事はどのような事ですか？
- ② 心理面で一番気になる事 ご自分で変えたいと思う事があればお書きください。
- ③ 生活面で 気になっていること改善したい事はあれば お書きください。
- ④ アルコール 飲まない 時々
飲む ほぼ毎日 → 酒種 ()
量 ()
- ⑤ タバコ 飲まない
飲む → 一日 20 本以下 一日 20 本以上
- ⑥ アレルギー性疾患は ない ある → 具体的に
- ⑦ 服用中の薬は ない ある → 薬剤名
- ⑧ 過去の病気 経過観察中の疾患 持病は？
- ⑨ 摂取している サプリメントは ない ある → 具体的に
- ⑩ 健康のためにしている事は ない ある → 具体的に
- ⑪ 食事は 一日何回ですか 一日 回 不規則
朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃
- ⑫ よく食べるもの。 パン マーガリン ショートニング 牛乳 ヨーグルト チーズ
揚げ物 チョコレート その他のお菓子 ()
- ⑬ 甘い物の間食 毎日 時々 ほとんどしない
- ⑭ 水分の摂取は？ 一日の量 500ml 程度 1ℓ 程度 1.5ℓ 程度 2ℓ 以上
主に飲むもの お茶 水 コーヒー ジュース等 その他
- ⑮ カフェイン類 コーヒー 紅茶 緑茶 ウーロン茶 エナジードリンク → 一日 杯
- ⑯ 便秘 毎日 隔日 3-4日おき 5日以上
便通薬 使っていない 使っている (具体的に)
- ⑰ 下痢 ない 時々 よくある 毎日 → 水様 軟便 (一日 回程度)