

問診票 (自由診療)

記入日 令和 年 月 日() フリガナ

生年月日 T・S・H・R 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ことがあればお書き下さい

③ 生活面で気になっている事・改善したい事があればお書き下さい

④ お酒 飲まない 時々() ほぼ毎日 種類: 量:

⑤ たばこ 吸わない 喫煙(1日20本以下・1日20本以上)

⑥ アレルギー疾患 なし あり 具体的:

⑦ 服用中の薬 なし あり 薬剤名:

⑧ 過去の病気 現在治療中・経過観察中の疾患・持病

⑨ 摂取しているサプリメント なし あり:

⑩ 健康の為にしている事は なし あり:

⑪ 食事は1日何回ですか? 1日 回 不規則

⑫ よく食べるものに○を付けて下さい お菓子 あれば記入:

パン マーガリン ショートニング 牛乳 チーズ チョコレート 揚げ物

⑬ 間食(甘い物) ほとんど間食しない 時々 毎日

⑭ 水分量の摂取(1日) 500mL程度 1L程度 1.5L程度 2L以上

⑮ よく飲むもの お茶 水 コーヒー ジュース その他:

⑯ 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

→ 1日 杯 その他:

⑰ 便秘 毎日 隔日 3-4置き 5日以上

便秘薬 使用していない 使用している 薬剤:

⑱ 下痢 なし あり:時々 よくある 毎日(水様 軟便:1日 回程度)