

栄養療法問診表①

記入日： 年 月 日

ID： 氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

●検査前8時間以上絶食《必須》：した・していない

していない場合：() 時間前・摂取物 ()

●身体特徴《必須》：身長 () cm 体重 () kg

●女性のみ：最近の生理開始 () 週間前 閉経後の場合：閉経した年齢 () 歳

妊娠中の場合 () 週目 授乳中 (はい・いいえ)

改善したい症状や病気《必須》：改善したい症状や病気を、簡単にお書きください。

病状/病名： _____ 発症時期 (年齢)： _____

状況 (治療方法・現在の状態)： _____

状況 (治療方法・現在の状態)： _____

カンジダと言われたこと事がある： なし・ある

副鼻腔炎と言われた事がある： なし・ある

ピルを内服したことがある： なし・ある

扁桃腺炎と言われた事がある： なし・ある

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

治療内容： _____ 治療内容： _____

(「あり」の場合)

(「あり」の場合)

アレルギー《必須》：○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 ()

抗生剤を2週間以上使用した事がある： なし・ある

感染症の有無： ○をしてください。

H I V： 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・わからない

栄養療法問診表②

記入日： 年 月 日

【生活習慣】：あてはまるところに○をつけてください。また（ ）に記入してください。

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	・3回	・2回	・1回	・不規則
	5 1日の食事の量	・適量	・満腹気味	・不足気味	
	6 外食	・しない	・する		
	7 (外食)「する」の場合	()	回/週	以上	
	8 清涼飲料水	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	9 甘いもの・お菓子	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	10 糖質類(ご飯・麺・パンetc)	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	11 ファーストフード	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	12 基準体重の維持	・している	・していない		
	13 コーヒーを飲む	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	14 グルテンを食べる	・摂らない	・普通	・よく摂る	
	15 乳製品を食べる	・摂らない	・普通	・よく摂る	
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	
	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		
運動		・している	・していない		
		運動名()			
		頻度()			
喫煙		・吸わない	・吸う		
			本数()	本/日	
飲酒《必須》		・飲まない	・飲んでいた	・飲む	・多い
			「飲む」が「多い」の場合、具体的に ()		
常用薬《必須》		・ない	・ある		
			「ある」の場合、薬品名 ()		
			()		
摂取中のサプリメント《必須》		・ない	・ある		
			「ある」の場合、名称 ()		
			()		
			()		
			()		
その他	1 意識的に健康管理している	・はい	・いいえ		
	2 その他の生活習慣	()			
		()			
		()			

栄養療法問診表③

記入日： 年 月 日

【自覚症状】： あてはまるところに○をつけてください。※は必須です。

1	立ちくらみ、めまいがある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛、頭重（偏頭痛）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	目が良く疲れたり痛む		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯肉の出血がある		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	のどの不快感を感じる	※	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・動機・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・よく風邪をひく	※	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、筋肉通がある		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（ほれる）		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、目瞼がむくむ		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	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
38	ストレスが多い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
39	（女性のみ）生理不順がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	（女性のみ）生理痛がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	（女性のみ）生理前に気分の変調がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	胃部不快・膨満感		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	おならよくでる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	胃痛		いいえ	時々	ひどい	特にひどい

クリニック使用欄（特記すべき経過・質問など）