

ホリスティッククリニック横浜 問診票

平成 年 月 日

フリガナ			
氏名	男・女	血液型 ()	型)
住所 〒			
日中連絡のつく電話番号	e-mail:		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日 (歳)
職種	未婚 ・ 既婚	家族構成 (同居)	
身長	cm	体重	kg
最近6ヶ月の間に体重が () kg	増えた ・ 減った ・ 変わらない		
病気になる前の体重 () kg	本日の体温()度		

1. 現在、一番お困りの症状はなんですか

その症状はいつ頃から続いていますか _____ 年前から _____ 歳頃から

2. 現在のストレスの状況はいかがですか? (○をつけてください)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. あなたにとってストレスを感じるものをあげてください。

4. 当院にどのようなことを期待しますか?

5. 現在治療中の病気について教えてください

病名	発症時期	現在の治療状態

6. 現在、飲み薬（漢方薬、サプリメントも含む）や注射・点滴の治療を定期的に受けられていますか

いいえ ・ はい 内容 _____

7. 既往歴（今までにかかった病気）

病名	発症時期	治療内容

8. アレルギーはありますか？ ない ・ ある

食品： _____ 薬品： _____

9. 今までに内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい（内容 _____ ）

10. 輸血をされたことがありますか

いいえ はい → いつ _____ 年

11. 家族や血縁の方に次のような病気があれば（ ）内に続柄をお書きください

がんや悪性の病気（誰が： _____ 何の： _____ ）

（誰が： _____ 何の： _____ ）

高血圧（ _____ ） 糖尿病（ _____ ） 肝炎（ _____ ）

心臓病（ _____ ） 喘息（ _____ ） 脳卒中（ _____ ）

その他（ _____ ）

12. 飲酒・喫煙について

お酒（ 毎日飲む ・ 機会があれば飲む ・ 全く飲まない ）
 1日に（ ビール ・ 日本酒 ・ ウイスキー ・ 焼酎 ）
 を（ ml ・ 合 ・ 杯 ） 飲む

たばこ 吸わない 吸う（1日 本）
 以前吸っていた（ 年間 1日 本）

13. 一日に水分はどのくらいのみますか

お水（ 杯 ） ・ お茶（種類 ）を（ 杯 ）
 コーヒー・紅茶（ 杯 ） ・ ジュース（ 杯 ） ・ スポーツドリンク（ 杯 ）
 その他（種類 ）を（ 杯 ）

14. 食事について

食事は1日に何回食べますか？ _____回

朝食	時ごろ	昼食	時ごろ	夕食	時ごろ	夜食	時ごろ
----	-----	----	-----	----	-----	----	-----

よく摂取するものに○をつけてください。

砂糖		小麦製品		乳製品		インスタント食品		外食（お弁当も含む）	
----	--	------	--	-----	--	----------	--	------------	--

アレルギー以外で制限しているものに○をつけてください。

糖質		小麦製品		卵・乳製品		肉・魚	
----	--	------	--	-------	--	-----	--

15. 排泄について

尿（日中 回/日 、 夜間 回/日 ）
 便（ 回/日 ）
 性状（ ゆるい ・ 硬い ・ 粘液が混じる ・ 黒い ・ 血が混じる ・ その他 ）
 残便感が ない ある
 おなかが 張る 張らない

16. 睡眠について

睡眠	就寝 時 起床 時
寝つき	よい 悪い
起床時	すっきり起きられる 起きるのがつらい
熟眠感	ある ない
睡眠薬は飲んでますか	ない ある（薬名 ）
午後眠くなるのが	ない ある（週 回）

17. 運動について

運動をしていますか？ はい ・ いいえ
週に 回（内容： ）

18. 歯科治療について

歯に金属の詰め物がありますか ない ある

19. 女性にお聞きします

月経周期は（ 日周期）
量（ 多い ・ ふつう ・ 少ない ）
生理痛はありますか ない ある（程度 ）
鎮痛薬は飲みますか 飲まない 飲む（薬名 ）
PMSありますか ない ある（具体的症状 ）
更年期症状はありますか ない ある（具体的症状 ）
妊娠・授乳について ない ある（ 妊娠 週 ・ 可能性がある ・ 授乳中 ）

20. 男性にお聞きします

ひげの伸びが遅くなった はい いいえ
性的能力の衰えを感じる はい いいえ
早朝勃起（朝立ち）の回数の減少 はい いいえ
性欲の低下を感じる（セックスが楽しくない、性交の欲求がおきない）
はい いいえ

21. 当院での治療後、どのような生活を送れることを目指しますか

22. あてはまるものに○をつけてください。

	予算が限られているので、なるべく低額での検査・治療を希望
	病態に応じて、予算とのバランスを考えた適切な検査・治療を希望
	将来の健康まで考えた最良の検査・治療を希望

23. ホリスティッククリニック横浜をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介（紹介者名： ）
セミナー（セミナー名： ）
ウェブサイト（ HP facebook ブログ 看板 ）
その他（ ）