

# 基本情報

記入日 年 月 日

お名前	(フリガナ)		
ご住所 〒			
性別 男性 / 女性	生年月日	年 月 日 (満 歳)	血液型 ( )
職業	身長	cm	体重 kg
TEL (ご自宅)		留守電	可/不可
TEL (携帯)		留守電	可/不可
FAX		e-mail	
家族構成： ( ) 人 配偶者 (あり・なし) 子ども (あり・なし)			

現在一番気になる症状をお書きください (書ききれなければ余白に書いてください)

症状や病気はいついからですか？ 年前から 歳頃から

その症状・病気の治療状況を教えてください。

現在治療を受けている。 はい/いいえ

過去に治療を受けたことがある。 はい/いいえ

治療についてあてはまるものにチェックして下さい

- 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・治療法を知りたい。

現在治療中の病気について教えてください。

① 病名 発症年齢 歳

現在の治療状況

② 病名 発症年齢 歳

現在の治療状況

③ 病名 発症年齢 歳

現在の治療状況



あてはまるものにチェックしてください。

お菓子	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
インスタント食品	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
乳製品	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
お酒	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
コーヒー	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない
パン・ピザ・麺類・お好み焼など小麦製品	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> 全く食べない

本日の食事内容/食事と飲み物をそれぞれ記入ください/食事の時間もご記入ください

昨日の食事内容（1日前）/朝・昼・夕・間食、食事と飲み物をそれぞれご記入ください  
食事の時間もご記入ください\*

その他食事で気をつけていることがあればお書きください

以下の時間帯の元気度 0（全く活力なし）～10（とても活力的）  
のどこにあてはまりますか？

起床時

起床1時間後

午前10時（あるいは起床3時間後）

正午（あるいは起床5時間後）

午後3-5時

午後8-9時

午後11時

歯について当てはまるものにチェックしてください  該当なし

虫歯がある・過去にあった  歯周病がある・過去にあった

神経を取っている歯がある  インプラントをつけている  口臭がする

歯ぎしりをする

歯に金属の詰め物・かぶせ物がある 金属の種類（わかれば）

普段運動はされますか？  はい /  いいえ

運動の種類	頻度 ( /週)	運動時間	汗はかきますか？	疲れが続く日数
	回	分	多 少 無	日間
	回	分	多 少 無	日間
	回	分	多 少 無	日間
	回	分	多 少 無	日間

睡眠について、お答えください

よく眠れますか？  はい/いいえ

寝つきはいいですか？  はい/いいえ

途中で起きてしまう事がありますか？  はい/いいえ

睡眠時に呼吸が止まることはありますか？（10秒以上）  はい/いいえ

時間 ①4時間未満 ②4～6時間 ③6～8時間 ④8～10時間 ⑤10時間以上

副腎ストレス

疲れているのに、横になっても眠れない

対処しているのにストレスを感じる

スリルを求めるのが好き

抜け毛が多い（髪が薄くなった）

体重増加し、特にお腹、顔が太った

不安がある

甘いものが食べたくなる

適度なプレッシャーの中で働いている

大きな出来事の後はやる気を感じる

該当なし

現在あてはまる症状にチェックしてください。

#### 副腎疲労

- 疲れを感じる（特に午後2-4時）
- アレルギー症状の悪化
- 塩分や糖分を欲する
- 化学物質や他の物質の過敏症
- 眠りについて3時間後には起きてしまう。その後眠りにつくのに時間がかかる。
- 朝起きられない
- 夜寝られない
- 肩こり・筋肉痛がある
- ストレスの多い日の後は疲れてしまう。
- 食事を抜くとイライラする、あるいは活力を失う
- 集中力が続かない
- 風邪をひくとなかなかおらない
- 以前はスリルを求めることが好きだったが今は求めなくなった
- 腕や顔にシミができてきた
- 神経過敏である
- 立ちくらみがする
- 動悸や冷や汗が出ることもある
- 月経不順である（女性のみ）
- 性欲が格段に落ちた
- 該当なし

#### 甲状腺機能

- 1日中疲れている
- スタミナ（体力）がない
- 手足が冷たい
- 寒いのが耐えられない（寒さのため冬が嫌い）
- 抜け毛が多い（髪がうすくなった）
- 目が腫れぼったい
- 爪がもろい
- 基礎体温が36.5°C以下
- むくみやすい
- 体重が増えた
- 目が腫れぼったい
- 該当なし

## エネルギー不足チェック

- 疲れやすい
- 甘いものが欲しくなる
- 階段を上るのが辛い
- 少し無理をすると次の日は動けない
- 貧血で献血を断られる
- 集中して考えられなくなった
- ちょっと体を動かすと動悸がする
- 母親も慢性疲労体質である
- 該当なし

## 性ホルモン（男性）

- 起床時ペニスの硬さが減少した はい / いいえ
- 筋肉量が減った はい / いいえ
- 体力が落ちた はい / いいえ

## 性ホルモン（女性）

- 経口避妊薬（ピル）を飲んだことがある はい / いいえ
- 現在も月経がある はい / いいえ
- 閉経前の方で月経が不規則もしくは無月経 はい / いいえ
- 子宮筋腫になったことがある、あるいは治療中 はい / いいえ
- 子宮内膜症になったことがある、あるいは治療中 はい / いいえ
- 性欲が減った
- 出産回数  回 現在妊娠中ですか？ はい / いいえ
- 最近の出産（妊娠中の場合は予定）  歳 現在授乳中ですか？ はい / いいえ
- 閉経年齢  歳 最近の生理開始  日  月  日

## うつ体質チェック

- 寝つきが悪い
- 夜中に起きることが多い
- 以前に比べやる気が出ない
- 悲しいと感じるときがある
- 集中力が落ちた
- 自殺など死ぬことについて考えることがある
- 色々な事に興味が持てなくなった
- 疲れやすい
- 該当なし

## 炎症体質チェック

- ストレスが強い
- 魚よりも肉を好んで食べる
- 外食が多い
- 太っている
- 煙草を吸う
- 腸の調子が悪い
- アトピーがある
- 虫歯・歯周病がある（あった）
- 睡眠不足である
- 太陽の光に当たらない事が多い
- 該当なし

## 腸の炎症

- 食後に腹痛がある
- 便に粘液が混じる
- 便秘気味（排便が週に3回以下）
- お腹が張る
- 下痢を繰り返す
- 食物アレルギーがある
- 該当なし

## 消化不良

- 胃もたれや胸やけがある
- ゲップがよく出る
- 食欲がない
- 胃薬をよく飲んでいる
- 食後、口の中に不快な味が残る
- 少し食べただけで満腹になる
- 便に未消化物が残る
- 該当なし

## 腸内フローラ

- 抗生物質をよく飲む
- 便やおならが臭い
- 便秘気味（毎日便が出ない）
- 下痢気味（週2日以上）
- 腹部膨満（食後にお腹が張る）
- 便の形がバナナ状ではない
- ストレスで消化器症状が悪化する
- 胃酸を抑える胃薬を飲んでいる（飲んでいた）
- 該当なし

## カンジダ菌

- 抗生剤・ピル・ステロイド剤を複数回服用した（もしくは使用中）
- 慢性の前立腺炎、膣炎など生殖器の感染症がある
- 化学物質過敏症（香水やタバコ、殺虫剤など）がある
- パンや甘いものが無性にほしくなる
- アルコールをほぼ毎日飲む
- 疲れている、消耗している
- 集中力や記憶力の低下がある
- 胸やけ、腹部膨満感、下痢や便秘がある
- 生理不順、月経痛が強い（女性のみ）
- 手先が冷たい
- イライラしやすい
- 頭痛持ちである
- 慢性鼻炎、副鼻腔炎がある
- 該当なし

## 上咽頭炎

- いつも口を開けている
- 口を閉じると顎に梅干しのようなしわができる
- 食べるときにくちゃくちゃ音を立てる
- 朝起きた時に喉がひりひりする
- 歯のかみ合わせが悪い
- 唇がよく乾く
- いびきや歯ぎしりがある
- 口臭が強い
- たばこを吸っている
- 鼻の奥から喉へ痰がながれる
- 話し声のカスレや鼻声がある
- 口呼吸をよくする
- 水泳または激しいスポーツをしている（または過去にしていた）
- 該当なし

## 重金属

- 強い疲労感がある
- 慢性の頭痛がある
- イラつくことが多い
- 集中力が低下した
- 人格が変わったと言われる
- 夜間頻尿である
- 記憶障害がある
- 突然怒りがこみあげることがある

- 優柔不断である
- マグロなど大型魚をよく食べる
- 歯に古い金属の詰め物がある（過去にあった）
- とくに当てはまる項目がない
- 該当なし

#### カビ毒

- 鼻づまり、咳、喘息が続いている
- 家が古い、カビが生えている場所がある
- 湿気の多いところに住んでいる
- ずっと加湿器やエアコンの掃除をしていない
- アルツハイマー病、パーキンソン病と診断されている
- 夜間頻尿である
- 不眠がある
- 運動をしても脂肪が落ちにくい
- 集中力や記憶力の低下がある
- 鼻血がよく出る
- 該当なし

#### デジタル環境

- おうちにWifiを設置していますか？ （はい・いいえ）
- はいの方、Wifiの電源はOFFの時間を作っていますか？  
①常にON ②夜間のみOFF ③使用時のみON
- スマホを見る時間は一日どのくらいですか？  
①1時間未満 ②1～3時間 ③3～5時間 ④5時間以上（時間）
- スマホを枕元に置いて寝ますか？ （はい・いいえ）

あなたにとってストレスを感じるものを挙げて下さい

- 
- 
- 
- 

趣味や「大好きな事」があれば教えてください。

- 
- 
- 
- 
- 
-

次の質問について該当する数字を記入してください。 0:全くない 1:めったにない

2:時々ある 3:よくある 4:非常によくある 5:どれもあてはまらない/よくわからない

1	注意を持続させるのが難しい/すぐに気が散る		前頭前野
2	どうにかしなくてはならなくなるまで、物事をぐずぐず先延ばしする		
3	細かいところまで注意が足りない		
4	したいことを後回しにできず、こうと思ったらすぐにしないとダメ		
5	人の話を聞けない		
6	気持ちが落ち着かない		
7	答えを思わず先に口走り、しょっちゅう人の話の腰を折る		
8	衝動的に物事を決断する		
9	興奮することを求める		
10	集中するためにカフェインやニコチンや甘い物が必要である		前帯状回
11	ネガティブ思考に取りつかれている		
12	心配し過ぎる		
13	強迫行為や常習行為をする傾向がある		
14	恨みを抱いている		
15	自分のやり方で物事が進まないと気が治まらない		
16	物がいつもの場所がないと気が治まらない		
17	何でも反対する/論議好きな傾向にある		
18	変化することが嫌い		
19	決まったやり方で物事をしないととてもイライラする		大脳辺縁深層部
20	状況に応じた変化が苦手		
21	悲しい気分が続く		
22	後ろ向き、消極的		
23	不満足だと感じる		
24	退屈だと感じる		
25	元気がない		
26	普通なら楽しく嬉しいことへの関心が低い		
27	絶望感・無力感・無価値観・罪への意識を感じる		
28	泣き始めるとしばらく泣き止まない		大脳基底核
29	いつでも自尊心が低い		
30	社会(周囲)から孤立している		
31	緊張感や不安感を感じる		
32	パニック状態になる		
33	例えば頭痛や筋肉痛のような筋肉の緊張が高まるような症状がある		
34	最悪なことが起こることを予想する傾向がある		
35	争いを避ける		
36	他人に判断されたり、吟味されたりすることを過剰に恐れる		
37	やる気があり過ぎ、仕事をやめられない		
38	自分の能力に対して自信がない		
39	いつも悪いことが起こるのではないかと待ちかまえている		
40	すぐびっくりする		

お疲れ様でした。これで問診終了です。

今後の治療についてご希望やご心配があればお書きください。