

# ミチワクリニック外来問診票

〒157-0066東京都中央区八丁堀3-13-1第4ミチワビル8F ミチワクリニック

TEL03-3552-7099 Fax:03-3552-7500

<b>&lt;基本情報&gt;</b>		記入日	年 月 日
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
お名前	男 女		年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒 -	ご職業	
身長	cm	20歳時の身長:	cm
体重	kg	あなたにとってのベスト体重:	kg

## <連絡先>

ご希望のご連絡方法を記載してください

電話番号	第一希望	- -
	検査結果・個人情報をこの電話番号に残しても良いですか? はい・いいえ	

電話番号	第二希望	- -
	検査結果・個人情報をこの電話番号に残しても良いですか? はい・いいえ	

FAX	- -
	検査結果・個人情報をこのFAX番号に残しても良いですか? はい・いいえ

E-Mail	@
	検査結果・個人情報をこのアドレスに残しても良いですか? はい・いいえ

## <緊急連絡先>

お名前		電話番号	
ご本人とご関係			

## <医療情報>

かかりつけの診療病院や専門病院はありますか? はい・いいえ

病院名		担当医師名	
住所			
電話番号			

## <受診の目的>

なぜ当院を受診しようと思われましたか?

[ ]

現在、一番気になる症状を教えてください。

[ ]

### <これまでの症状の経過>

いつ頃から、どのような症状が見られましたか？ 経過がわかるように、なるべく詳しく記載して頂けると幸いです。

### <治療を受けていた方へ>

上記症状に、どのような診断で、どのような検査や治療を受けましたか？

※治療を受けていた治療施設名もご記載下さい。

薬やサプリメント等の処方を受けていた場合は、一緒に記載して頂ける参考になります。

【診断名】

---

【病院名】

---

【薬・サプリ】

---

【検査】

---

【治療効果】

(改善・不変・悪化など)

あてはまるものに ○を付けて下さい

- ( ) 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・治療を希望

あてはまるものにチェックを付けて下さい

- ( ) 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
- ( ) 鼻咽頭から喉へ痰が流れる
- ( ) 話し声のかすれや鼻声がある
- ( ) 口呼吸である
- ( ) 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)

<既往症について>

現在治療中の病気はありますか      あります ・ ありません

・ありますの方はご記入ください

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【現在の治療状態】		

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【現在の治療状態】		

【現在 服用している薬やサプリメントはありますか】

・ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ない

【既往歴 (ご本人)】

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【手術はしましたか】	した ( 内容 : _____ )	・ してない
【現在の治療状態】		

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【手術はしましたか】	した ( 内容 : _____ )	・ してない
【現在の治療状態】		

【血のつながったご家族に特別な病気はありますか?】

・ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ない

<食事について>

食事は1日何回ですか? \_\_\_\_\_回       朝食     昼食     夕食     夜食

実行している食事法があれば、○を付けて下さい

( ) 糖質制限    ( ) グルテンフリー    ( ) カゼインフリー    ( ) 地中海ダイエット    ( ) パレオダイエット

糖質制限をしている方のみお答えください。

・糖質制限をして体調はいかがですか? ( ) 調子が良い    ( ) 調子が悪い    ( ) 無性に甘いものが食べたくなる

あてはまるものに○を付けて下さい。

- |                        |        |        |           |
|------------------------|--------|--------|-----------|
| お菓子                    | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| インスタント食品               | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚 | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| 乳製品                    | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| お酒                     | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| コーヒー                   | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |

その他食事で気を付けていることがあれば、教えて下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

<歯について>

歯についてあてはまるものに○を付けて下さい。

- ( ) 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      ・金属の種類がわかればお書きください ( )

<活力レベル>

以下の時間帯の活力について、活力レベル0点（全く活力なし）～10点（とても活力的）のあてはまるところに○をつけてください

【起床時】	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【起床1時間後】	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【10：00】 (又は起床3時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【14：00】 (又は前回の4時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【18：00】 (又は前回の4時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【21：00】 (又は前回の3時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ

<睡眠について>

- 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ことがありますか？      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

<運動>

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
			多い	少ない	かかない	
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間

その他医師に対してご質問、医師に知っておいてもらいたいことなどありましたらお書きください

[ ]

現在あてはまる症状について、○をつけて下さい。

【副腎疲労】

- ( ) 疲れを感じる (特に午後2時から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への過敏症 (以前はなかったもの)
- ( ) 眠りについて3時間後には起きてしまう。その後最後の眠りにつくのに数時間かかる
- ( ) ストレスの多い日の後は疲れ果ててしまう
- ( ) 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、なかなか治癒しない
- ( ) 以前は“アドレナリンジャンキー”(スリルを求めること好き)だったが、現在はスリルを求めなくなった
- ( ) 腕や顔にシミができてきた

【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
- ( ) アドレナリンジャンキーである (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、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
- ( ) 不安がある
- ( ) 甘いものが食べたくなる
- ( ) 適度 (ちょうどよい) なプレッシャーの中で働いている
- ( ) 大きな出来事後は、やる気を感じる

【甲状腺機能低下】

- ( ) 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)
- ( ) 体重増加
- ( ) 抜け毛が多い (髪が薄くなってきた)
- ( ) 目が腫れている
- ( ) 爪がもろい

【成人男性のみお答えください】

- |                 |    |   |     |
|-----------------|----|---|-----|
| 勃起時、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 |

【女性のみお答えください】

- |                        |    |   |     |
|------------------------|----|---|-----|
| 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 |
| お子さんは何人ですか?            | 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 |

- |                   |         |           |         |         |     |
|-------------------|---------|-----------|---------|---------|-----|
| 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 |     |

あなたにとってストレスに感じるものを挙げて下さい

- ・
- ・
- ・

ストレスを発散するために行っていること、ストレスを減らすものを挙げて下さい

- ・
- ・
- ・

※ご記載いただき、ありがとうございました

### <これまでの症状の経過>

いつ頃から、どのような症状が見られましたか？ 経過がわかるように、なるべく詳しく記載して頂けると幸いです。

### <治療を受けていた方へ>

上記症状に、どのような診断で、どのような検査や治療を受けましたか？

※治療を受けていた治療施設名もご記載下さい。

薬やサプリメント等の処方を受けていた場合は、一緒に記載して頂ける参考になります。

【診断名】

---

【病院名】

---

【薬・サプリ】

---

【検査】

---

【治療効果】

(改善・不変・悪化など)

あてはまるものに ○を付けて下さい

- ( ) 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・治療を希望

あてはまるものにチェックを付けて下さい

- ( ) 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
- ( ) 鼻咽頭から喉へ痰が流れる
- ( ) 話し声のかすれや鼻声がある
- ( ) 口呼吸である
- ( ) 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)

<既往症について>

現在治療中の病気はありますか      あります ・ ありません

・ありますの方はご記入ください

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【現在の治療状態】		

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【現在の治療状態】		

【現在 服用している薬やサプリメントはありますか】

・ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ない

【既往歴 (ご本人)】

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【手術はしましたか】	した ( 内容 : _____ )	・ してない
【現在の治療状態】		

【病名】 _____	【発症時の年齢】 _____	歳
【手術はしましたか】	した ( 内容 : _____ )	・ してない
【現在の治療状態】		

【血のつながったご家族に特別な病気はありますか?】

・ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ない

<食事について>

食事は1日何回ですか? \_\_\_\_\_回       朝食     昼食     夕食     夜食

実行している食事法があれば、○を付けて下さい

( ) 糖質制限    ( ) グルテンフリー    ( ) カゼインフリー    ( ) 地中海ダイエット    ( ) パレオダイエット

糖質制限をしている方のみお答えください。

・糖質制限をして体調はいかがですか? ( ) 調子が良い    ( ) 調子が悪い    ( ) 無性に甘いものが食べたくなる

あてはまるものに○を付けて下さい。

- |                        |        |        |           |
|------------------------|--------|--------|-----------|
| お菓子                    | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| インスタント食品               | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚 | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| 乳製品                    | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| お酒                     | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |
| コーヒー                   | ・よく食べる | ・時々食べる | ・まったく食べない |

その他食事で気を付けていることがあれば、教えて下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

<歯について>

歯についてあてはまるものに○を付けて下さい。

- ( ) 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      ・金属の種類がわかればお書きください ( )

<活力レベル>

以下の時間帯の活力について、活力レベル0点（全く活力なし）～10点（とても活力的）のあてはまるところに○をつけてください

【起床時】	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【起床1時間後】	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【10：00】 (又は起床3時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【14：00】 (又は前回の4時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【18：00】 (又は前回の4時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ
【21：00】 (又は前回の3時間後)	レベル	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	点	・食事を摂りましたか？	はい	・	いいえ

<睡眠について>

- 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ことがありますか？      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

<運動>

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
			多い	少ない	かかない	
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間

その他医師に対してご質問、医師に知っておいてもらいたいことなどありましたらお書きください

[ ]



現在あてはまる症状について、○をつけて下さい。

【副腎疲労】

- ( ) 疲れを感じる (特に午後2時から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への過敏症 (以前はなかったもの)
- ( ) 眠りについて3時間後には起きてしまう。その後最後の眠りにつくのに数時間かかる
- ( ) ストレスの多い日の後は疲れ果ててしまう
- ( ) 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、なかなか治癒しない
- ( ) 以前は“アドレナリンジャンキー”(スリルを求めること好き)だったが、現在はスリルを求めなくなった
- ( ) 腕や顔にシミができてきた

【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
- ( ) アドレナリンジャンキーである (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、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
- ( ) 不安がある
- ( ) 甘いものが食べなくなる
- ( ) 適度 (ちょうどよい) なプレッシャーの中で働いている
- ( ) 大きな出来事後は、やる気を感じる

【甲状腺機能低下】

- ( ) 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)
- ( ) 体重増加
- ( ) 抜け毛が多い (髪が薄くなってきた)
- ( ) 目が腫れている
- ( ) 爪がもろい

【成人男性のみお答えください】

- |                 |    |   |     |
|-----------------|----|---|-----|
| 勃起時、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 |

【女性のみお答えください】

- |                        |    |   |     |
|------------------------|----|---|-----|
| 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 |
| お子さんは何人ですか?            | 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 |

- |                   |         |           |         |         |     |
|-------------------|---------|-----------|---------|---------|-----|
| 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 |     |

あなたにとってストレスに感じるものを挙げて下さい

- ・
- ・
- ・

ストレスを発散するために行っていること、ストレスを減らすものを挙げて下さい

- ・
- ・
- ・

※ご記載いただき、ありがとうございました

## 腸内環境悪化に関連する問診表

あてはまるものに○を付けて下さい

### 【全身症状】

- 甘い物が異常に欲しくなる
- 低血糖症（空腹時や食後の眠気、だるさ、吐き気）
- 慢性頭痛
- 強い倦怠感（慢性疲労）
- 筋肉や関節の痛み
- 神経炎
- アレルギー症状
- 皮膚炎（アトピーなど）
- 集中力の低下
- 記憶障害
- 震え
- 化学物質過敏症（タバコ、お香、洗剤、排気ガス、シックハウス症候群など）

### 【胃腸の問題】

- 食欲不振
- 慢性的な便秘や下痢
- 消化不良
- 腸炎
- 腹痛
- 吐き気
- 食物アレルギー
- 口腔内や食道のカンジダ症

### 【中枢神経系の問題】

- 不眠症
- 情緒不安定
- 抑うつ症状
- 集中力の低下
- 学習障害
- 多動
- 唇と足のうずき

### 【頭部や頸部の問題】

- めまい
- 耳鳴り
- 頭痛
- 聴覚障害
- 皮膚炎
- 無感覚
- 記憶障害
- 慢性的な肩こり、腰痛

### 【その他】

- PMS 等のホルモン異常、生理不順、低体温などがある
- 副鼻腔炎を繰り返す
- 再発性の膀胱炎、腔炎、前立腺炎になったことがある
- 水虫など、爪や皮膚に真菌（カンジダ）感染症（白鮮）になったことがある
- 腔、肛門、耳、皮膚、頭部などが痒いことがよくある
- 頻尿、尿漏れなどの尿路の症状がある

### ★腸内環境悪化の原因

- 抗生物質またはステロイド薬を頻繁（多量）に使用していた
- 避妊薬（ピル）の使用
- 重金属の蓄積が疑われた事がある
- 甘い物の摂りすぎ
- アルコールの摂りすぎ
- 無理な食事制限によるダイエットを繰り返している
- 強いストレスに曝されていた

## 有害ミネラル症状チェック表

お名前 \_\_\_\_\_

あてはまるものに○を付けて下さい

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい       | <input type="checkbox"/> 記憶障害や頭にモヤがかかった感じがある |
| <input type="checkbox"/> 注意力がなくなった      | <input type="checkbox"/> 突然訳もなく、激怒してしまう      |
| <input type="checkbox"/> 情緒不安定だ         | <input type="checkbox"/> 便秘がちである             |
| <input type="checkbox"/> 頭痛をおこしやすい      | <input type="checkbox"/> 優柔不断である             |
| <input type="checkbox"/> 肩がこる           | <input type="checkbox"/> 手足や頭などが震える          |
| <input type="checkbox"/> 抜け毛が多い         | <input type="checkbox"/> 筋肉が硬直する             |
| <input type="checkbox"/> 記憶力が低下した       | <input type="checkbox"/> よく足がつる              |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい          | <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする              |
| <input type="checkbox"/> 顔色が悪い          | <input type="checkbox"/> すぐに息切れする            |
| <input type="checkbox"/> 貧血症状           | <input type="checkbox"/> 胸やけがある              |
| <input type="checkbox"/> 下痢しやすい         | <input type="checkbox"/> 強いかゆみがある            |
| <input type="checkbox"/> 夜間の頻尿          | <input type="checkbox"/> 訳もなく、湿疹ができることがある    |
| <input type="checkbox"/> むくみやすい         | <input type="checkbox"/> 口の中が金属のような味がする      |
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い         | <input type="checkbox"/> 神経過敏、神経質である         |
| <input type="checkbox"/> イライラしやすい       | <input type="checkbox"/> 自殺したくなる時がある         |
| <input type="checkbox"/> 便秘しやすい         | <input type="checkbox"/> 眠れないことがある           |
| <input type="checkbox"/> アレルギーがある       | <input type="checkbox"/> なぜか胸が痛いことがある        |
| <input type="checkbox"/> 冷え性            | <input type="checkbox"/> いつも、またはよく関節が痛む      |
| <input type="checkbox"/> 短気である          | <input type="checkbox"/> 訳もなく、湿疹ができることがある    |
| <input type="checkbox"/> いつも、またはよく落ち込む  | <input type="checkbox"/> 四肢がしびれたり、ひりひり痛む     |
| <input type="checkbox"/> 膨満感がある         | <input type="checkbox"/> 舌が焼けるような感じがする       |
| <input type="checkbox"/> 食後、頭が痛くなることもある |  |

★以上の症状のうち4つ以上あてはまる方は、体内に有害金属が蓄積している可能性があります

食事・便・体調記録表初診

※体温測定法:起床時に寢床から起き上がる前にわきの下で測定して下さい

月日	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )
起床時間	:	:	:	:	:	:	:
食事記録	時間	:	:	:	:	:	:
	内容						
	時間	:	:	:	:	:	:
	内容						
	時間	:	:	:	:	:	:
	内容						
	飲物						
就寝時間	:	:	:	:	:	:	:
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった	<input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> まあまあ眠れた <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった
体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
便	色						
	形						
	臭い						
体調等 コメント							