

# ミチワクリニック外来問診票

〒157-0066 八丁堀3-19-9トーエイ八丁堀ビル5F ミチワクリニック

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

## <基本情報>

		記入日	年 月 日
ふりがな			大正・昭和・平成・令和 年
お名前	漢字	男 女	生年月日 西暦・ 年 月 日生 ( 歳)
	ローマ字		
ご住所	ふりがな		
	〒 -		
身長	c m		20歳時の身長: c m
体重	k g		あなたにとってのベスト体重: k g

## <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	
F A X	- -	
	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
- ( ) 食べるときにくちやくちゃ音を立てる
- ( ) 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





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づくに数時間かかる
- ( ) 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
- ( ) 大きな出来事の後には、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