

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を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							