

内藤医院 初診問診票

ご予約日	年	月	日	記入日	年	月	日		
ふりがな				生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年				
氏名 (本名)					西暦	年	月	日 (満 歳)	
				性別	男 ・ 女				
ご職業				身長	cm	体重	kg	平熱	℃
住所	〒	-	ふりがな						
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH + -)			FAX					
電話				携帯					
当院から年4回程度、新しい医療情報や治療のご案内を発送しております。					希望する		希望しない		
メールアドレス ご予約のお日にちが近づきましたらメールにてご案内いたします。				@					
この1年間の体重の変化は?				変わらない		kg 位増えた		kg 位減った	
御相談なされたい内容・ご希望を教えてください (いつから・何が・どのようなですか) 他院での検査・治療・手術があればご記入下さい									
信仰、宗教、迷信等に関しても気になることがあれば当院では遠慮なくお話し下さい (例：墓じまい、井戸の事、霊能者に言われた事、宗教的問題等)									
今までに治療・入院・手術を受けたことがあればご記入下さい									
血縁関係のあるご家族で大きな病気をされた方はいますか									
アレルギーがありましたらご記入下さい (薬・食べ物・動物・花粉・金属など)									
当クリニックは何でお知りになりましたか?				HP を見て ・ 家族 ・ 知人()		その他()			

※初診の方は予約日の一週間をきってのキャンセル・日程変更につきましては、診察料金の50%分をキャンセル料として頂戴致します。

※当院は自由診療のため自費診療であり、健康保険の適用にはなりません。

上記をご了承されたうえ、診療予約をお申込み下さい。

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

女性の方に伺います

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

現在妊娠している可能性がありますか	ある ・ ない	初潮年齢	歳	閉経年齢	歳
生理の具合はどうか(痛み・出血など)					
生理と関連した体調の変化はありますか					

コストの希望は直接お知らせください 伝えにくい場合番号に○をつけてください	<ol style="list-style-type: none"> 1. できる限り検査・治療・バイオサポートを紹介してほしい 2. 状況によって判断したいので標準的なものを実施したい 3. あまり費用はかけたくないができれば診察に重点をおきたい 4. あまり費用はかけたくないができればバイオサポートに重点をおきたい
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

内藤医院 生活習慣調査票

名前：

(合うもの以外を削除してください。)

便通	便通は毎日ありますか？何日に1回ですか？	毎日 ・ _____日に1回位 ・ 1日に_____回位出る
	便はいつの時間に出ますか？	朝 ・ 昼頃 ・ 夕方 ・ 夜 ・ 不定期
	便は長くつながって出ますか？ 小さくちぎれたり、コロコロの便ですか？	長い ・ ちぎれる ・ コロコロ ・ 下痢便
	便の臭いはどうですか？	あまり臭わない ・ 臭う ・ かなり臭う
	便の色はどうですか？	黒い ・ こげ茶色 ・ 茶色 ・ 黄色っぽい ・ 白っぽい
朝食	朝食は摂りますか？何時頃食べますか？	食べる（_____時頃） ・ 食べない
	どのようなものを食べますか？	
昼食	昼食は摂りますか？何時頃食べますか？	食べる（_____時頃） ・ 食べない
	どのようなものを食べますか？	
夕食	夕食は摂りますか？何時頃食べますか？	食べる（_____時頃） ・ 食べない
	どのようなものを食べますか？	
間食	間食は摂りますか？1日何回位食べますか？	食べる（_____回位） ・ 食べない
	どのようなものを食べますか？	
夜食	夜食は摂りますか？何時頃食べますか？	食べる（_____時頃） ・ 食べない
	どのようなものを食べますか？	
好み	野菜は多く食べていますか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	生の野菜や生のフルーツは多く摂っていますか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	スイーツやお菓子はよく食べますか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	加熱食が多いですか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	ジュース・清涼飲料水は飲みますか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	肉・魚は好きですか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
	砂糖はよく使いますか？	はい ・ どちらかと言えば ・ あまり ・ 全然なし
油	好んで料理に使用している油は何ですか？	紅花油 ・ ひまわり油 ・ コーン油 ・ ごま油 ・ サラダ油 ・ 菜種油 オリーブオイル ・ 亜麻仁油 ・ 紫蘇油 ・ その他（_____）
喫煙	たばこは吸いますか？	はい（1日_____本_____年間） ・ いいえ
	今なくても過去に喫煙歴はありますか？	はい（1日_____本_____年間） ・ いいえ
飲酒	アルコールは摂りますか	はい（1日_____合_____年間） ・ いいえ
	何をどのくらい週に何日くらい飲みますか	_____を1日_____合、週_____日位
睡眠	大体何時ころ起きて何時ころ寝ていますか？	_____時頃起きて_____時頃寝る
	睡眠時間は何時間くらいですか？	_____時間くらい
	睡眠は良好ですか？	良好 ・ 普通 ・ 不良
	良くないとすればどのように良くないですか？	
	睡眠薬や安定剤を服用していますか？	毎日～ほぼ毎日 ・ 週_____回位 ・ たまに ・ 使わない
健康補助	現在摂っている健康食品・サプリメントや実行している健康法があれば教えてください	