

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	西暦	年	月 日 (満 歳)
氏名 (本名)				性別	男 ・ 女		
ご職業				身長	cm	体重	kg 平熱 °C
住所	〒	-	ふりがな				
血液型	A ・ B ・ O ・ AB (RH + ・ - )			FAX			
電話				携帯			
緊急連絡先	氏名： (続柄 ) 電話：						
E-mail	@						
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		
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 して下さい (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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>
--	--

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	