

**FAX 03-6434-0086 までお送りください**

**ブルークリニック青山 初診問診票**

予約日	年 月 日	記入日	年 月 日
ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・西暦
氏名			年 月 日 (満 歳)
		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 ( + - )	FAX	
電話		携帯	

当院から年4回程度、新しいサプリメント情報や、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？	
ご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)	
上記に関して他院での検査・治療・手術があればご記入ください	
今までに何か病気で治療・入院・手術を受けたことがあればご記入ください	
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ください (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？ ご紹介者がいらっしゃいますか？	

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★ 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	1、できる限り検査・治療・サプリメン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サプリメントに重点をおきたい
--	--

FAX: 03-6434-0086 までお送りください

ブルークリニック青山 生活習慣調査票 (合うものに○、または記入してください)

お名前:

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？	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？	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( ___ 時頃) ・ 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取っていますか？	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	タバコは吸いますか？	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
	何をどのくらいに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？	___ 時間位
	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	

ブルークリニック青山 発達障害問診票 (合うものに○してください)

お名前：

項目		あった	なかった	不明
1	あやしても顔をみたり笑ったりしない			
2	小さな音にも敏感である			
3	大きな音に驚かない			
4	喃語が少ない			
5	人見知りしない			
6	家族（主に母親）がいなくても平気で一人である			
7	親のあと追いをしない			
8	名前を呼んでも声をかけても振り向かない			
9	表情の動きが少ない			
10	いないいないばーをしても喜んだり笑ったりしない			
11	抱こうとしても抱かれる姿勢をとらない			
12	視線が合わない			
13	指さしをしない			
14	2歳を過ぎても言葉がほとんど出ないか、2～3語出た後、会話に発展しない			
15	1～2歳頃までに出現していた有意味語が消失する			
16	人やテレビの動作のまねをしない			
17	手をヒラヒラさせたり、指を動かしてそれをじっとながめる			
18	周囲にほとんど関心を示さないうで、独り遊びにふけっている			
19	遊びに介入されることを嫌がる			
20	ごっこ遊びをしない			
21	ある動作、順序、遊びなどを繰り返したり、著しく執着したりする			
22	落ち着きなく手を離すとどこに行くかわからない			
23	わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする			
24	睡眠が不規則になったり、極端に短かったりする			

※1～24の日本語は英文の内容の一応の例である。

各項目はある発達障害において存在することが異常と考えられるものを取り上げてあり、1～12は1歳位まで、13～24は1歳以降として、ほぼ発達順に配列してある。