

# 栄養療法 問診票

年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日
	様	男 女	年 月 日
住所		電話(携帯電話)	
		e-mail	

## 1. ご来院のきっかけ

- 当院ウェブサイト  SNS⇒何のSNSですか( )  当院前を通りかかって  
 看板⇒どちらの看板ですか?( )  保険診療の患者様  
 ご家族・ご親族のご紹介⇒お名前( )  知人・友人のご紹介⇒ご紹介者名( )  
 他医療機関からのご紹介⇒ご紹介医療機関名( )  その他( )

## 2. 本日はどのようなことで受診されましたか?(複数回答可)

- 内科系⇒  慢性疲労  生活習慣病  過敏性腸症候群  起立性調節障害  貧血  頭痛  
 婦人科系⇒  不妊  更年期障害  月経前症候群(PMS)  
 皮膚科系⇒  ニキビ  アトピー性皮膚炎  シミ  シワ・たるみ  花粉症  
 心療内科系⇒  うつ  発達障害  チック・トゥレット症候群  不眠  不安障害・パニック障害  
 その他( )

## 3. いつ頃からですか?

( ) 前から

## 4. そのことで今までに治療を受けられたことがありますか?

- なし  あり⇒医療機関名( )  
受診結果( )  
処方された薬( )

## 5. 食生活・生活習慣について教えてください

- タンパク質(肉・魚・卵・大豆製品など)の摂取:  毎食食べる  1日2食  1日1食  食べない  
●糖質(ごはん・パン・麺類・スイーツなど)の摂取:  毎食食べる  1日2食  1日1食  食べない  
●食事(食物繊維・タンパク質・糖質)の順番: ( ) → ( )  
●小麦食品(パン、麺類などのグルテン)の摂取:  毎食食べる  1日2食  1日1食  食べない  
●カゼイン食品(牛乳、ヨーグルトなどの乳製品)の摂取:  毎日食べる  週に3・4日食べる  食べない  
●調理油:  オメガ3系脂肪酸(魚油、アマニ油、エゴマ油など)  オメガ9系脂肪酸(オリーブオイルなど)  
 オメガ6系脂肪酸(サラダ油、紅花油など)  
●毎日の食事時間: 朝食( : 頃  摂らない)、昼食( : 頃  摂らない)、夕食( : 頃  摂らない)  
●間食はされますか?  いいえ  はい⇒時間( : 頃、 : 頃) 種類( )  
●アルコールは飲まれますか?  いいえ  はい⇒週( )日 種類( ) 量( )  
●タバコは吸われますか?  いいえ  はい⇒1日( )本  
●運動はされていますか?  いいえ  はい⇒週( )日 時間( )時間 種類( )  
●睡眠について教えてください  
就寝時間( : ) 起床時間( : ) 平均睡眠時間( )時間

## 6. 栄養療法の治療効果を高めるためにお体の栄養状態をチェックする栄養解析をご希望されますか?

はい(自由診療: 円)  いいえ

## 7. 現在、治療中の病気はありますか?

いいえ  はい⇒病名・治療内容( )

## 8. 現在、服用・外用中の薬(市販薬含む)、サプリメントはありますか?

いいえ  はい⇒薬・サプリメント名( )  
サプリメントを飲まれている方へ: 目的は何ですか?( )

## 9. 薬、注射などで副作用、食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか?

いいえ  はい⇒副作用( ) アレルギー( )

## 10. 女性の方へ: 現在、妊娠中・妊娠の可能性はありますか? また、授乳中ですか?

いいえ  はい

