

# サプリメント外来 問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒
電話番号	(自宅) (携帯)
職業	

## 【休息について】

起床時間：( ) 時ごろ 目覚めは？ ( いいと思う ・ あまりよくない )  
就寝時間：( ) 時ごろ 寝つきは？ ( いいと思う ・ あまりよくない )

休日とはどのように過ごすことが多いですか？

( )

## 【食事について】

ここ数日で食べたもの、飲んだものを覚えている範囲でお書きください。

朝：

昼：

夜：

間食：(する・しない)

する場合、どんなものを食べることが多いですか？

( )

好きな食べ物、よく食べるものはありますか？

( )

嫌いな食べ物はありますか？

( )

アレルギーはありますか？(薬・花粉・食べ物など)

( )

食事を作るのは主にどなたですか？

( )

## 【その他】

運動習慣はありますか？ ( ある ・ ない )

ある場合、どんなことをしていますか？(例：階段を使うようにしている、ジムに通っている等)：

( )

血縁のある方で、病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？(疾患名など)：

( )

健康診断で異常を指摘されたことはありますか？ （ ある ・ ない ）

ある場合、指摘された内容を具体的にお書きください。

（ ）

【症状チェック】 ※あてはまる項目に○をつけてください。

- （ ） 疲れがとれにくい（ ） 頃から）
- （ ） イライラしたり、落ち込んだりしやすい（ ） 頃から）
- （ ） 肩のコリや腰痛が気になる（ ） 頃から）
- （ ） 風邪をひきやすい（ ） 頃から）
- （ ） 口内炎や口唇炎になりやすい（ ） 頃から）
- （ ） 肌荒れや髪のパサつきが気になる（ ） 頃から）
- （ ） 頭痛や冷えが気になる（ ） 頃から）
- （ ） コレステロールや中性脂肪が気になる（ ） 頃から）
- （ ） ダイエットしている（ ） 頃から）
- （ ） よく（ 下痢 ・ 便秘 ）をしやすい（ ） 頃から）
- （ ） 食欲がない（ ） 頃から）
- （ ） 月経前にイライラしたり気持ちが落ち込みやすくなる（ ） 頃から）
- （ ） 月経痛がひどい（ ） 頃から）
- （ ） 貧血気味である（ ） 頃から）
- （ ） 精力が減退気味である（ ） 頃から）
- （ ） 記憶力や集中力の低下が気になる（ ） 頃から）
- （ ） 胃腸が弱い気がする（ ） 頃から）
- （ ） 更年期の不定愁訴がある（イライラやホットフラッシュなど）（ ） 頃から）
- （ ） 目の渇きが気になる（ ） 頃から）

【生活習慣】

- （ ） スポーツや肉体労働など、身体を動かす機会が多い
- （ ） タバコを吸う（ ） 頃から）
- （ ） よく飲酒する（週に（ ） 回、（ ） を（ ） 杯飲む）
- （ ） 甘いものをよく食べる
- （ ） 妊婦である or 授乳中である
- （ ） 脂っこい食事が好きだ
- （ ） ベジタリアンである
- （ ） 野菜が嫌いだ

その他、気になる症状があったらお書きください。

（ ）

ありがとうございました。