



**既往症**

- 病院・クリニックにかかっていますか？  いいえ  はい
- 現在疾患をお持ちですか？  いいえ  はい  
 心臓病 喘息 糖尿病 関節炎 リューマチ 腎臓病 ガン 高血圧  
 甲状腺機能障害 その他( )  
 ご家族で上記の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？ (だれが 疾患名 )
- 以前に大きな病気にかかったことはありますか？  いいえ  はい( )
- アレルギーをお持ちですか？  いいえ  はい  
 薬 たべもの 植物 花粉 金属 ダニ ホコリ 化粧品 その他( )

**服用歴**

- 常用または現在服用している薬はありますか？  いいえ  はい  
 血圧の薬 心臓の薬 鎮痛薬 抗アレルギー剤 向精神薬 睡眠薬  
 ホルモン剤 ピル その他( )
- サプリメントや健康補助食品を飲んでいますか？  いいえ  はい  
 ビタミンA ビタミンB ビタミンC ビタミンD ビタミンE マルチビタミン CoQ10 コラーゲン その他( )
- これまでに漢方薬を服用したことがありますか？  いいえ  はい( )

**婦人科系**

- 月経について教えてください  
 順調 不順 月経周期( 日) 月経期間( 日間) 初潮( 歳) 妊娠中 授乳中  
 生理痛 なし あり 鎮痛剤服用 なし あり  
 痛む場所: 下腹 右下腹 左下腹 へその辺り 痛む時期: 生理前 生理中 生理後  
 血塊 なし あり
- 出産経験 なし あり 出産時のトラブル なし あり( )

**食事**

- 食事はいつ摂りますか？ 朝 昼 夕 夜食 不規則
- よく食べる食材は何ですか？ 牛肉 豚肉 鶏肉 羊肉 魚介 大豆製品 卵 乳製品  
 米 麺類 パン類 発酵食品 緑黄色野菜 根菜類 キノコ 海草 果物 その他( )
- 量はどうですか？ 多い 普通 少ない
- 間食はとりますか？ あまりとらない とる( )

**嗜好品**

- お酒はのみますか？ 飲まない 飲む (毎日 週3日くらい 週1日くらい)
- タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う (1日 本 時々)

**生活習慣**

- 入浴時に湯船につかりますか？ 浸かる (毎日 週に3日くらい 週1日くらい) シャワーです

**仕事**

- 1日の主な過ごし方を教えてください  
 立ち仕事 デスクワーク 長時間パソコンを使う 接客 家事 その他( )  
 時間が不規則 緊張が続く仕事
- 通勤時間はどのくらいですか？ ( 分)

**趣味**

- 何か趣味をお持ちですか？  いいえ  はい( )

**運動**

- 何か運動をしていますか？  いいえ  はい( )
- 「はい」の方 ・どのくらいの頻度で運動をしますか？ ( 日に一度)  
 ・運動によって疲れますか？ 疲れない 疲れる 気持ちいい程度に疲れる とても疲れる

ご記入いただきました内容につきましては個人情報保護法を遵守して取り扱いいたします。