

# 健康増進クリニック初診問診表

ID: \_\_\_\_\_

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ 氏名		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳			
性別:	配偶者:	既婚	未婚	離婚	死別
職業		現在同居者( _____ )			
〒 _____ 住所					
TEL		FAX		携帯	
緊急連絡先 (ご本人以外)		氏名	続柄	携帯	
当院を 知った理由	紹介者 ( _____ )	インターネット ホームページ	雑誌 ( _____ )	その他 ( _____ )	

※ 治療及び薬のすべてが保険外治療になりますがよろしいですか ( Yes ・ No )

今回受診した理由 (出来るだけ詳しくご記入ください)
現在最も困っていること
現在かかっている病気
これまでにかかった大きな病気
現在内服中の薬また治療名
薬剤や食品の摂取によるアレルギー歴
過去、現在における精神的な怒り、不安、ストレス

1. 以下の問いに対して最も適するものに○をつけてください

疲れやすい	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない
胸が詰まる	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない
のぼせ・イライラ	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない
皮膚乾燥、あかぎれ	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない
雨、曇りに調子悪化	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない
月経障害（女性のみ）	非常に当てはまる	まあ当てはまる	当てはまらない

手足の冷えが気になる	Yes	No	下痢がちである	Yes	No
喉が渇くことが多い	Yes	No	コンタクトを使用している	Yes	No
便秘がちである	Yes	No	現在喫煙している	Yes	No

肉の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
魚の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
小麦製品の摂取（パン・麺類等）	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
揚げ物の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
加工食品の摂取（コンビニ弁当・冷凍食品等）	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
生野菜・生果実の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
乳製品の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない
甘い食品の摂取	ほぼ毎日	週に数回	あまり食べない

浄水器を使用している	Yes	No
歯に金属がある	Yes	No
20年以上前に治療した歯の金属がある	Yes	No
アレルギーがある ※ある場合は下記の当てはまるものに○をつけてください 花粉症 喘息 結膜炎 アトピー性皮膚炎 その他（ ）	Yes	No
ペットがいる ※いる場合は下記にその種類をご記入ください 飼っているペットの種類（ ）	Yes	No
死にたいと思うことがある	Yes	No

2. 以下の治療について現在のお気持ちに近い項目に○をつけてください

治療	希望する	希望しない	医師に任せる	分からない
山元式新頭新療法				
矢追インパクト療法				
Bスポット療法				
バイオレゾナンス（波動診断）				
PS10（波動治療）				
プラセンタ治療				