

問 診 票

※以下の該当するところにチェックをいれていただき、必要な部分をご記入をお願いいたします。

1. なぜ本院を選ばれましたか？（該当するところにいくつでもチェックをいれてください）

- 家族が通院中もしくは以前通院していた（お名前 _____）
- 友人・知人の紹介やすすめ（お名前 _____）
- 他院からの紹介（病院名 _____）
- インターネットやフェイスブックを見て
- 家が近いから 職場が近いから 栄養療法に興味があったから
- 代替医療に興味がある どの病院にいても病態がよくなるから
- その他（ _____ ）

2. 現在まで全身的な疾患で通院・治療されていることはありますか？

- 特にない 心臓病 腎臓疾患 肝臓疾患 肝炎（ _____ 型）
- 血液疾患 高血圧（最高 _____ 最低 _____） てんかん 喘息
- アレルギー疾患（花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・その他 _____）
- 糖尿病 甲状腺機能亢進症 甲状腺機能低下症 貧血
- 妊娠の可能性がある 歯を抜いたときなど血が止まりにくい経験がる（無・有）

3. 口腔内の症状（お困りのこと）

- 歯が痛い・しみる場所がある 歯茎が腫れている 顎の調子が悪い
- 口の中が乾きやすい 歯並びが悪い 口の中に金属やアマルガムの詰め物がある
- 舌に歯型がつくことがある 歯ぎしりやくいしばりがある

4. 分子整合栄養医学（オーソモレキュラー療法）に基づく栄養療法について

- 分子整合栄養医学（オーソモレキュラー療法）についてすでに知っている。
- 自分に適したサプリメントがあれば知りたい・興味がある。
- サプリメントには興味はない。
- 食事療法だけで治療したい。
- 食生活・生活習慣をあまり変えたくない。
- 食生活・生活習慣を積極的に変えて健康になりたい。
- とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要と考えている。
- 費用が少ないほうがいいが、必要に応じて治療の選択示を示してもらえると助かる。
- 費用が少ないほうがいいが、自分の現状に最善と思われる治療の提案してほしい。

5. ワクチン接種歴について

コロナワクチン開始後の、コロナワクチン/インフルエンザ/その他のワクチンの接種歴をご記入ください。

回数・接種時期

※ご協力いただきましてありがとうございました。診療に役立ててまいります。

ワクチン接種後に、体調・メンタル面で異常を感じたことがあればご記入ください。

コロナ感染後から体調不良が起きた場合、その時期や具体的な症状をお書きください。

※ご協力いただきましてありがとうございました。診療に役立ててまいります。