

# 基本情報

記入日： 年 月 日

お名前	(フリガナ)				
ご住所	〒				
性別	男性 / 女性	生年月日	年	月	日 (満 歳)
職業		身長	cm	体重	kg
TEL (ご自宅)		留守電	可 / 不可	優先連絡先	
TEL (携帯)		留守電	可 / 不可	自宅 / 携帯	
FAX		e-mail			

現在、一番気になる症状を教えてください。

症状や病気はいつ頃からですか？

\_\_\_\_ 年前から

\_\_\_\_ 歳頃から

この症状・病気の治療状況を教えてください。

現在治療をしている      はい / いいえ

過去に治療している      はい / いいえ

あてはまるものに○を付けて下さい

<input type="checkbox"/>	予算が限られているので、なるべく低額での検査・治療を希望
<input type="checkbox"/>	病態に応じて、予算とのバランスを考えた適切な検査・治療を希望
<input type="checkbox"/>	将来の健康まで考えた最良の検査・治療を希望

あてはまるものに○を付けて下さい

<input type="checkbox"/>	いつも口を開けている
<input type="checkbox"/>	口を閉じると顎に梅干しのようなしわができる
<input type="checkbox"/>	食べるときにくちやくちや音を立てる
<input type="checkbox"/>	朝起きた時に喉がひりひりする
<input type="checkbox"/>	歯のかみ合わせが悪い
<input type="checkbox"/>	唇がよく乾く
<input type="checkbox"/>	いびきや歯ぎしりがある
<input type="checkbox"/>	口臭が強い
<input type="checkbox"/>	たばこを吸っている
<input type="checkbox"/>	鼻咽頭から喉へ痰が流れる
<input type="checkbox"/>	話し声のかすれや鼻声がある
<input type="checkbox"/>	口呼吸である
<input type="checkbox"/>	水泳または激しいスポーツをしている (または過去にしていた)

現在治療中の病気について教えて下さい。

病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				
病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				
病名		発症時期年齢		歳
現在の治療状態				

現在、服用している薬やサプリメントをすべて教えて下さい。

--

既往歴（ご本人）

病名		発症時期年齢		歳
手術	有	無	(有の場合内容)	
治療内容				
病名		発症時期年齢		歳
手術	有	無	(有の場合内容)	
治療内容				

家族歴：血のつながったご家族に特別な病気はありますか？

--

食事について

食事は1日何回食べますか？ \_\_\_\_\_ 回

	朝食		昼食		夕食		夜食
--	----	--	----	--	----	--	----

実行している食事法があれば、○を付けて下さい

	糖質制限		グルテンフリー		カゼインフリー		地中海ダイエット		パレオダイエット
糖質制限をしている方のみお答えください。									
糖質制限をして体調はいかがですか？			調子が良い			調子が悪い			無性に甘いものが食べたいくなる

あてはまるものに○を付けて下さい。

お菓子		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
インスタント食品		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
マグロ・サーモン・クジラ・カツオなどの大型魚		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
乳製品		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
お酒		よく食べる		時々食べる		まったく食べない
コーヒー		よく食べる		時々食べる		まったく食べない

その他食事で気を付けていることがあれば、教えて下さい。

--

歯についてあてはまるものに○を付けて下さい。

	虫歯がある・過去にあった		歯周病がある・過去にあった		神経を取っている歯がある
	インプラントをつけている		口臭がする		歯ぎしりをする
	歯に金属の詰め物・かぶせ物がある		金属の種類（わかれば）		

あてはまるものに○を付けて下さい

	最近、抗生物質を使用した、または以前大量に使ったことがある
	最近、ステロイドを使用した、または以前大量に使ったことがある
	ビールを飲んでいる、または使ったことがある
	無性に甘いものが欲しくなる
	副鼻腔炎（蓄膿症）である、または副鼻腔炎にかかったことがある
	子供のころにワクチン接種をした

以下の項目について活力レベル0 ( 全く活力なし ) ~ 10 ( とても活力的 ) のどこにあてはまりますか？

起床時	
起床1時間後	
10AM (あるいは起床3時間後)	
正午 (あるいは起床5時間後)	
3 ~ 5PM (あるいは起床7 ~ 9時間後)	
8 ~ 9PM	
11PM	

睡眠について、はい、いいえでお答えください。

よく眠れますか？	はい / いいえ
寝つきはいいですか？	はい / いいえ
途中で起きてしまうことがありますか？	はい / いいえ
睡眠時に呼吸が止まることはありますか？ ( 10秒以上 )	はい / いいえ

普段運動はされますか？

いいえ / はい

運動の種類	頻度 ( / 週 )	運動時間	汗はかきますか？			疲れが続く日数
			多い	少ない	かかない	
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間
	回	分				日間

その他、医師に対してのご質問、あるいは医師に知っておいてもらいたいことはありますか？

現在あてはまる症状について、○をしてつけて下さい。

#### 副腎疲労

	疲れを感じる (特に午後2時から4時)
	アレルギー症状の悪化
	塩分やと糖分を欲する
	化学物質や他の物質への過敏症 (以前はなかったもの)
	眠りについて3時間後には起きてしまう。その後さいご眠りにつくのに数時間かかる
	ストレスの多い日の後は疲れ果ててしまう
	食事を抜くとイライラする、あるいは活力を失う
	集中力が続かない
	風邪をひくと、なかなか治癒しない
	以前は“アドレナリンジャンキー”(スリルを求めること好き)だったが、現在はスリルを求めなくなった
	腕や顔にシミができてきた

#### 副腎ストレス

	疲れているのに、横になっても眠れない
	対処しているのに、ストレスを感じる
	アドレナリンジャンキーである (スリルを求めるのが好き)
	抜け毛が多い (髪が薄くなった)
	体重増加し、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
	不安がある
	甘いものが食べたくなくなる
	適度 (ちょうどよい) なプレッシャーの中で働いている
	大きな出来事の後には、やる気を感じる

#### 甲状腺機能低下

	1日中疲れている
	スタミナ (体力がない)
	手足が冷たい
	寒いのが耐えられない (寒さのため冬が嫌い)
	体重増加
	抜け毛が多い (髪が薄くなってきた)
	目が腫れている
	爪がもろい

はい・いいえでお答えください。(成人男性のみ)

勃起時、ペニスの硬さが減少した	はい	/	いいえ
筋肉量が減った	はい	/	いいえ
体力が落ちた	はい	/	いいえ

はい・いいえでお答えください。(女性のみ)

経口避妊薬(ピル)を飲んだことがある	はい	/	いいえ
現在も月経がある	はい	/	いいえ
お子さんは何人ですか?	人		
子宮筋腫になったことがある、あるいは治療中	はい	/	いいえ
子宮内膜症になったことがある、あるいは治療中	はい	/	いいえ

出産回数 \_\_\_\_\_ 回

現在妊娠中ですか? はい / いいえ

最近の出産(妊娠中の場合は予定)

\_\_\_\_\_ 歳

現在授乳中ですか? はい / いいえ

閉経年齢

\_\_\_\_\_ 歳

最近の生理開始日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

あなたにとってストレスに感じるものを挙げて下さい

1	
2	
3	

ストレスを発散するために行っていること、ストレスを減らすものを挙げて下さい

1	
2	
3	

次の各質問について、該当する数字を記入して下さい。

0:まったくない 1:めったにない 2:時々ある 3:よくある 4:非常によくある

5:どれもあてはまらない / よくわからない

1	注意を持続させるのが難しい / すぐに気が散る		前頭前野
2	どうにかしなくてはならなくなるまで、物事をぐずぐず先延ばしする		
3	細かいところまで注意が足りない		
4	自分がしたいことを後回しにできず、こうと思ったらすぐにしないとダメ		
5	人の話を聞けない		
6	気持ちが落ち着かない		
7	答えを思わず先に口走り、しょっちゅう人の話の腰を折る		
8	衝動的に物事を決断する		
9	興奮することを求める		
10	集中するためにカフェインやニコチンや甘い物が必要である		
11	ネガティブ思考に取りつかれている		前帯状回
12	心配し過ぎる		
13	強迫行為や常習行為をする傾向がある		
14	恨みを抱いている		
15	自分のやり方で物事が進まないと気が治まらない		
16	物がいつもの場所がないと気が治まらない		
17	何でも反対する / 論議好きな傾向にある		
18	変化することが嫌い		
19	決まったやり方で物事をしないととてもイライラする		
20	状況に応じた変化が苦手		
21	悲しい気分が続く		大脳辺縁深層部
22	後ろ向き、消極的		
23	不満足だと感じる		
24	退屈だと感じる		
25	元気がない		
26	普通なら楽しく嬉しいことへの関心が低い		
27	絶望感・無力感・無価値観・罪への意識を感じる		
28	泣き始めるとしばらく泣き止まない		
29	いつでも自尊心が低い		
30	社会(周囲)から孤立している		
31	緊張感や不安感を感じる		大脳基底核
32	パニック状態になる		
33	例えば頭痛や筋肉痛のような筋肉の緊張が高まるような症状がある		
34	最悪なことが起こることを予想する傾向がある		
35	争いを避ける		
36	他人に判断されたり、吟味されたりすることを過剰に恐れる		
37	やる気があり過ぎ、仕事をやめられない		
38	自分の能力に対して自信がない		
39	いつも悪いことが起こるのではないかと待ちかまえている		
40	すぐびっくりする		

## 必要書類チェック

来院される前に必ずご確認ください。

症状表（よくある症状を診察日の日付で1日分のみご記入）	
初診問診（全7枚）	
記録表（1週間記入）	
体温（1日のみ）	
メチレーションプロフィール	
検査結果のコピー（他院や健康診断等で行った検査結果をお持ちの場合）	



食事時の体温を測って、ご記入ください。

(受診日または提出日の前日の1日分を測ってください。前日ができない場合は他の日でも構いません)

年 月 日

時間		体温
( : )	食前	
	30分後	
	60分後	
	90分後	
	120分後	
( : )	食前	
	30分後	
	60分後	
	90分後	
	120分後	
( : )	食前	
	30分後	
	60分後	
	90分後	
	120分後	
( : )	食前	
	30分後	
	60分後	
	90分後	
	120分後	
( : )	食前	
	30分後	
	60分後	
	90分後	
	120分後	

お名前： \_\_\_\_\_

今まで飲んだことのあるうつ、不安症の薬とその効き目を教えてください。

薬名	効果
	(効果あり・効果なし・副作用あり)
	(効果あり・効果なし・副作用あり)
	(効果あり・効果なし・副作用あり)
	(効果あり・効果なし・副作用あり)
	(効果あり・効果なし・副作用あり)
	(効果あり・効果なし・副作用あり)

現在の状態で、当てはまるものに○をつけてください

A	花粉症がある	
	アルコールや薬物への依存がある	
	何度も確認しないと気が済まない	
	完璧主義である	
	競争心が強い	
	性欲が強い	
B	不安・パニック症状	
	自分よりも他人を優先する	
	化学物質アレルギー	
	ドライアイ・口渇	
	芸術・音楽のセンスがある	
	不眠・不眠気味である	
C	女性である	
	SSRIで不安が増強する	
	安定剤ではうつが治らない	
	思春期、更年期、出産がきっかけで体調が悪くなった	
	ピル、ホルモン補充療法で悪化する	
	チョコレートが苦手	
D	気分の移り変わりが激しい	
	ストレスの調節がうまくない	
	夢が思い出せない	
	肌が弱く、日焼けができない	
	朝は食事、サプリが飲めない	
	朝弱く、夜に強い	
E	突然うつ症状が出る	
	腹部の痛みやけいれんがある	
	頭痛や筋力低下がある	
	カウンセリング、薬が効かない	
	歯に金属の詰め物がある	
	マグロなど大型魚を食べる	

## 副腎疲労症候群 症状表

現在の症状を10点満点でつけてください。(症状が強い 10点 ~ 症状がない 0点)

名前:

症状	/	/	/	/	/	/	/
とにかく疲れている							
気分の落ち込みがある							
自殺したい時がある							
眠れない							
朝、起きられない							
関節痛、筋肉痛、肩こりがある							
立ちくらみがする							
性欲が格段に落ちた							
低血圧である							
1日3杯以上コーヒーを飲む							
食事を抜くと気分が悪くなる							
冬でなくても手足が冷たい							
わけもなく怒りっぽくなる							
低体温である(36度以下)							
耳鳴りがする							
すぐに息切れがする							
集中力がない							
記憶障害、頭に霧がかかっている							
動悸がする							
強いかゆみがある							
口の中が金属の味がする							
神経過敏、神経質である							
体のかゆみがある							
甘いものを食べずにはいられない							
月経が不安定、月経が強い							
胸焼け、胃のもたつき							
胃もたれ							
食欲不振							
胃痛							
腹部の膨満感							
便の形が不安定							
下痢気味							
便秘気味							
便のにおいが強い							
下腹部痛がある							
合計							

NAME :

	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
起床時間	:	:	:	:	:	:	:
就寝時間	:	:	:	:	:	:	:
睡眠時間	h	h	h	h	h	h	h
食事内容・時間	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
便回数	回	回	回	回	回	回	回
色							
形							
臭い							
体調等							

NAME :

	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
起床時間	:	:	:	:	:	:	:
就寝時間	:	:	:	:	:	:	:
睡眠時間	h	h	h	h	h	h	h
食事内容・時間	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
便回数	回	回	回	回	回	回	回
色							
形							
臭い							
体調等							