

# 栄養バランスチェック問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	TEL
職業		E-mail:

- (1) 当クリニックを受けようと思った理由をお聞かせください。
- (2) 自覚症状で一番気になること、つらいことは何ですか？ それはいつ頃からですか？
- (3) 治療中の病気がある方：発症時期、病名、治療内容などをご記入ください。
- (4) 今までに手術や大きな怪我をしたことがある方：時期と内容などをご記入ください。
- (5) 今までにかかった病気がある方：いつ頃かをご記入下さい。  
呼吸器系 ( ) 高脂血症 ( ) 心臓病 ( )  
高血圧 ( ) 腎臓病 ( ) 婦人科疾患 ( )  
前立腺疾患 ( ) 内分泌系〈甲状腺・糖尿病〉 ( )  
アレルギー〈花粉症、アレルギー性鼻炎、気管支喘息など〉 ( )  
その他 ( )
- (6) 医学検査を受けたことはありますか。  
マンモグラフィ ・ CT ・ MRI ・ レントゲン検査 ・ 胃や腸の検査
- (7) ご家族で次の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？ Ex) 高血圧、糖尿病、ガン…
- (8) 常用している健康食品、サプリメントがある方はご記入ください。

(8) 薬でアレルギー症状や副作用を起こしたことがある方はご記入ください。

(9) 食べ物でアレルギー症状や副作用を起こしたことがある方はご記入ください。

(10) 母乳で育ちましたか。

(11) 現在妊娠されていますか？

妊娠月数 (      か月)      授乳している方 (お子さんの年齢      か月)      生理周期 (      日周期)  
閉経された方 (      歳頃)      初潮年齢 (      歳)

(12) 食生活についてお聞きします。以下で実践している食事法はありますか？

菜食主義・ヴィーガン・マクロビオティック・糖質制限・地中海式・有機野菜 (オーガニック)  
無農薬野菜・グルテンフリー・カゼインフリー      ・その他 (      )

(13) 食事の時間や主な食事内容について教えてください。

朝食      時頃 (      )  
昼食      時頃 (      )  
夕食      時頃 (      )  
間食      時頃 (      )  
※好きでよく食べるもの (      )  
※嫌いや苦手で食べないもの (      )

(14) 嗜好品について教えてください。

お酒 (好きなお酒や飲む量:      )  
たばこ (本数:      )  
趣味 (      )

(15) よく摂る食事を教えてください。

発酵食品 (      )  
青魚 (      )  
食物繊維 (      )  
外食や加工食品 (      )

