

## いとう耳鼻咽喉科 統合医療問診票

記入日	平成 年 月 日	性別	男・女	年齢	才
氏名		生年月日	昭和・平成	年 月 日	
身長	cm	体重			kg

■今、一番困っている事(症状)について具体的に教えてください。  
また現在治療中の病気がありましたら教えてください。

■その症状はいつ頃から悩まれておりますか？

■今までその症状に対して何か治療をされましたか？  
すでに治療をされている場合は具体的に教えてください。

■今回の受診の目的を教えてください。  
(何をどのように改善したいと考えていますか？ 希望される治療はありますか？  
どのようになったら良いと考えていますか？ いつ頃までに改善したいと考えていますか？)  
例) アンチエイジング目的でオゾン療法を希望する

■その他に気になる症状がありましたら教えてください。

疲労感 不安感 低血圧 低体温( °C) 頭痛 めまい 耳鳴り 肩こり  
よく眠れない 肌荒れ お腹の調子が悪い(便秘 下痢 その他( ))  
食事がとれない(食欲がない) 最近体重が増えた 体力の衰えを感じる

■現在服用しているお薬やサプリメントがありましたら教えてください。

■そのお薬、サプリメントを服用してからの変化はありますか？

(何か感じることはありませんでしたら教えてください)

■アレルギーの有無について ( なし あり )

花粉症 喘息 アトピー 湿疹 じんましん 食べ物( ) お薬( )  
その他ありましたら具体的に教えてください( )

■運動していますか？ ( はい いいえ )

週に 日・1回 分ぐらい 運動内容( )

■睡眠について ( 規則的 不規則 ) ・ 平均就寝時刻 時 分 平均睡眠時間 時間

睡眠状態 ( 良好 不良 寝た気がしない 昼間に眠くなる 無呼吸 いびき )

■食事のとり方について ( 規則的にとる 不規則である ) ・ ( 少食である 普通 沢山食べる )

食事の回数 回/日 間食の回数 回/日 ( 炭水化物が好き 甘いものが好き お肉が好き )

■嗜好品について

飲酒 ( 毎日飲む 時々飲む 飲まない ) 喫煙 ( 吸わない 吸う(1日 本) )

■歯の状態について

アマルガムの有無 ( あり ・ なし ・ わからない )

■女性の方は下記の項目も記入をお願いします

最近の生理周期 ( )週間前 生理の状態 ( 規則的 不規則 )

月経前症候群・生理痛 ( なし あり )

妊娠中 ( はい( 週目) いいえ ) 授乳中 ( はい いいえ )

閉経されている場合、閉経した年齢 ( )歳

■どのようにして、いとう耳鼻科を知りましたか？

どなた様からのご紹介がありましたら教えてください。

ホームページを見て 知人からの紹介( 様) その他( )