



手入力せず、選
択ができる項目が
あります。

オーソモレキュラー療法 初診問診票

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ お名前					
ご住所	〒 _____				
性別		生年月日	年	月	日/ 歳
職業		身長	cm	体重	kg
TEL (ご自宅)		留守電		優先連絡先	
TEL (携帯)		留守電			
FAX		e-mail			
アレルギー	薬品アレルギー _____ () 食物・その他アレルギー _____ ()				
感染症の有無	H I V _____ B型肝炎 _____ C型肝炎 _____ その他 _____ (疾患名： _____)				
※女性のみ記 入してください	最近の生理開始 _____ 月 _____ 日		閉経後の場合：閉経した年齢(_____)歳		
	妊娠中の場合(_____)週目		子宮筋腫 _____ 授乳中 _____		
	出産した回数(_____)回		出産時期(_____) 子宮内膜症		

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 _____
過去に治療している _____

あてはまるものに○を選択してください。

<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

【生活習慣】あてはまるものに○を付けて下さい。また()に記入してください。

飲食	食事量・頻度		正しく	普通	偏る	ひどく偏る		
	間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般		摂らない	時々	摂る	多い		
	食欲		ある	普通	ない			
	1日の食事の回数		3回	2回	1回	不規則		
	1日の食事にかかる時間		長い	普通	短い	不規則		
	1日の食事量		適量	満腹気味	不足気味			
	朝食		摂る	摂らない	不規則			
	夕食から就寝までの時間		1	2	3	4	5	6
	外食		しない	する				
	(外食をする場合)		()	回/週	以上			
	清涼飲料水		摂らない	普通	よく摂る			
	甘いもの・お菓子		摂らない	普通	よく摂る			
	糖質類(ご飯・麺・パンetc)		摂らない	普通	よく摂る			
	ファーストフード		摂らない	普通	よく摂る			
	標準体重の維持		している	していない				
	睡眠	寝付き		良い	普通	悪い	ひどく悪い	
目覚め			良い	普通	悪い	ひどく悪い		
夜中に起きる			起きない	時々起きる		よく起きる		
平均睡眠時間			()	時間/日				
就寝時間			規則的	不規則				
運動	している		していない	運動名() 頻度()				
	喫煙	吸う	吸わない	本数()本/日				
飲酒	飲まない		飲んでいた	飲む	多い			
	ビール()ml		回/週以上	日本酒()ml		回/週以上		
	焼酎()ml		回/週以上	ワイン()ml		回/週以上		
	その他()							
その他 ※該当する項目にはすべて○を付けてください	いつも口を開けている		口を閉じると顎に梅干しのようなしわができる					
	食べるときにくちやくちや音を立てる		朝起きた時に喉がひりひりする					
	歯のかみ合わせが悪い		唇がよく乾く					
	いびきや歯ぎしりがある		口臭が強い					
	鼻咽頭から喉へ痰が流れる		話し声のかすれや鼻声がある					
	口呼吸である		鼻水がのどに落ちる感覚がある					
	変なおいがする		風邪をひきやすい					
		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)						

【糖尿摂取管理】あてはまるものに○を付けて下さい。また()に記入してください。

砂糖について (砂糖入り菓子、スナック菓子、ジュース、100%野菜ジュース等)	毎日食べる	週に5~6回食べる	週に3~4回食べる	週に1~2回食べる	全く食べない
精製された製品 (白米、白い小麦でできたうどんやラーメン、パン等)	毎日食べる	週に5~6回食べる	週に3~4回食べる	週に1~2回食べる	全く食べない
食事の他に捕食を摂っていますか?	はい	いいえ	「はい」の場合の種類 ()		

【自覚症状】あてはまるものに○を付けて下さい。また()に記入してください。

1	立ちくらみ、めまいがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛、頭重(偏頭痛)がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
3	顔色が悪い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
4	目がよく疲れたり痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯肉の出血がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
6	口内炎ができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
7	のどの不快感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ、鼻水、目が痒くなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中に乾燥感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰がでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈・動悸、息切れがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
12	体を動かすと胸が痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
13	胸やけや吐き気(嘔吐、嘔気)がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢をしやすい	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
15	食物がのどや胃にもたれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	便秘をする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	手足がしびれる、手足の感覚が鈍い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	手足が冷える、しもやけになる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	起床時、手指がこわばる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	しっしんがでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	爪が割れる、はがれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ・じんましんがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	疲れる・よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	体にアザができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ。クーラーが苦手である	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる(発熱)	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき・顔が熱くなる(ほてる)	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、目蓋がむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらない事にくよくよしたり憂鬱・不安になる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？	充実	ほぼ充実	平凡	沈みがち
39	イライラしたり、怒りっぽくなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	対人関係がうまくいかず、つらいと感じる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	(女性のみ)生理不順がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	(女性のみ)生理痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	(女性のみ)生理前に気分の変調がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい

使用欄(特記すべき経過など。解析の参考にします。)

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	
B	性欲が強い	
	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	
C	芸術・音楽のセンスがある	
	不眠・不眠気味である	
	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、出産に体調が悪くなった	
	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	
E	朝弱く、夜に強い	
	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	

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ください。

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？()内に続柄をご記入ください。

脳卒中	いる	いない	続柄 ()	痛風	いる	いない	続柄 ()
高血圧	いる	いない	続柄 ()	肝臓病	いる	いない	続柄 ()
心疾患	いる	いない	続柄 ()	癌	いる	いない	続柄 ()
糖尿病	いる	いない	続柄 ()	精神疾患	いる	いない	続柄 ()
その他	疾患名()			続柄()			
その他	疾患名()			続柄()			

実行している食事法があれば、○を付けて下さ

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くなる

あてはまるものに○を付けて下さい。

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
コーヒー	よく飲む	時々飲む	まったく飲まない
生魚	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	3~5PM (あるいは起床7~9時間後)
起床1時間後	8~9PM
10AM (あるいは起床3時間後)	11PM
正午 (あるいは起床5時間後)	

普段運動はされますか？	はい	いいえ		
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
	回	分	多い 少ない	かかない 日間
	回	分	多い 少ない	かかない 日間
	回	分	多い 少ない	かかない 日間

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

<input type="checkbox"/>	疲れを感じる（特に午後2時から4時）
<input type="checkbox"/>	アレルギー症状の悪化
<input type="checkbox"/>	塩分やと糖分を欲する
<input type="checkbox"/>	化学物質や他の物質への過敏症（以前はなかったもの）
<input type="checkbox"/>	眠りについて3時間後には起きてしまう。その後再度眠りにつくのに数時間かかる
<input type="checkbox"/>	ストレスの多い日の後は疲れ果ててしまう
<input type="checkbox"/>	食事を抜くとイライラする、あるいは活力を失う
<input type="checkbox"/>	集中力が続かない
<input type="checkbox"/>	風邪をひくと、なかなか治癒しない
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	腕や顔にシミができてきた

副腎ストレス

<input type="checkbox"/>	疲れているのに、横になっても眠れない
<input type="checkbox"/>	対処しているのに、ストレスを感じる
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	抜け毛が多い（髪が薄くなった）
<input type="checkbox"/>	体重増加し、特に前腹部、側腹部、顔が太ってきた
<input type="checkbox"/>	不安がある
<input type="checkbox"/>	甘いものが食べたくなる
<input type="checkbox"/>	適度（ちょうどよい）なプレッシャーの中で働いている
<input type="checkbox"/>	大きな出来事の後には、やる気を感じる

甲状腺機能低下

<input type="checkbox"/>	1日中疲れている
<input type="checkbox"/>	スタミナ（体力がない）
<input type="checkbox"/>	手足が冷たい
<input type="checkbox"/>	寒いのが耐えられない（寒さのため冬が嫌い）
<input type="checkbox"/>	体重増加
<input type="checkbox"/>	抜け毛が多い（髪が薄くなってきた）
<input type="checkbox"/>	目が腫れている
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	未回答
筋肉量が減った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	未回答
体力が落ちた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	未回答

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	
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	
12	心配しすぎる	
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	物がいつもの場所に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	
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	
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	

オーソモレキュラー療法 検温表

食事時の体温「5回ぶん」を記入（診察日に提出）

お名前	
-----	--

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
前日ができない場合は他の日でも構いません）

本紙 1 枚のみ（8 / 8）は、初診時にお持ちいただき、ご提出をお願いします。

		時間	体温
測定 1 回目	___ 月 ___ 日 食事の時間 ___ 時 ___ 分 ___ ごろ	食前	▪ °C
		30分後	▪ °C
		60分後	▪ °C
		90分後	▪ °C
		120分後	▪ °C
測定 2 回目	___ 月 ___ 日 食事の時間 ___ 時 ___ 分 ___ ごろ	食前	▪ °C
		30分後	▪ °C
		60分後	▪ °C
		90分後	▪ °C
		120分後	▪ °C
測定 3 回目	___ 月 ___ 日 食事の時間 ___ 時 ___ 分 ___ ごろ	食前	▪ °C
		30分後	▪ °C
		60分後	▪ °C
		90分後	▪ °C
		120分後	▪ °C
測定 4 回目	___ 月 ___ 日 食事の時間 ___ 時 ___ 分 ___ ごろ	食前	▪ °C
		30分後	▪ °C
		60分後	▪ °C
		90分後	▪ °C
		120分後	▪ °C
測定 5 回目	___ 月 ___ 日 食事の時間 ___ 時 ___ 分 ___ ごろ	食前	▪ °C
		30分後	▪ °C
		60分後	▪ °C
		90分後	▪ °C
		120分後	▪ °C

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？