

栄養療法 問診票(小児)

フリガナ	記入日	年	月	日		
名前	(男・女)	血液型	A・B・O・AB	型		
生年月日	T・S・H	年	月	日 (西暦)	年	歳
住所	〒 -					
連絡先	(自宅・携帯・その他)					

当院を何でお知りになりましたか。

ご紹介(家族・知人・他病院) インターネット 書籍 その他

※インターネットとお答えした方のみ、何と検索しましたか。()

この問診票は治療上必要になりますので、出来る限り詳しくご記入下さいますようお願いいたします。

なお、この問診票による情報は、当院外では使用いたしません。

- 身体的特徴 : 身長 () cm 体重 () kg
- 検査前8時間以上絶食 : した ・ していない していない場合 : 最終食事時間 () 時間前
摂取物 ()
- 通っているのは 保育園 幼稚園 小学校()年生 中学校()年生 高校()年生 通っていない
- クラス 通常級 それ以外 ()
- 通園 : 通学状況 毎日出席 遅刻・早退が多い 時々休む 保健室や対応教室へ登校 不登校(年から)
- 家族構成

続柄	名前	年齢	職業/学年	同居
例) 兄	太郎	10歳	小学3年生	○

【既往歴について】

↓医師記入欄

- 今までに大きな病気にかかったことはありますか。
・ない ・ある
()
- 過去の健診で何か指摘されたことはありますか。
・ない ・ある
()
- アレルギーと言われたことがありますか。
薬品アレルギー、食品アレルギーなど
・ない ・ある
()
その他のアレルギー
・ない ・ある
()
- 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか。
・ない ・ある
()
- 予防接種は受けていますか。 して下さい。
 BCG ()才 ヒブ ()才 肺炎球菌 ()才
 三種混合 ()才 ポリオ ()才 麻疹風疹 ()才
 日本脳炎 ()才 はしか ()才 おたふく ()才
 インフルエンザ その他
- 予防注射を受けた後、具合が悪くなったことはありますか。
・ない ・ある
- 離乳は何才でしたか。
()才
- これまでに精神科、心療内科、療育機関などに相談されたことはありますか。
・ない ・ある ()
- 歯科治療歴
虫歯はありますか ・なし ・ある ・以前はあった
治療したことがありますか ・なし ・ある
銀歯はありますか ・なし ・ある ・以前はあった
- 排便について
排便頻度 ・毎日 ()回/日) ・時々 ()回/週)
排便時間 ・朝 ・日中 ・夜 ・不規則
便の状態 ・良好 ・軟便 ・硬便

【ご家族の病歴】

ご家族の中で、下記の病気にかかれた方はいますか。

↓医師記入欄

- ・脳卒中 : いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・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 () 疾患名 ()
- ・腎臓病 : いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・心臓病 : いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・糖尿病 : いる ・ いない 続柄 ()
- ・癌 : いる ・ いない 続柄 () 部位 ()
- ・精神疾患 : いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・アレルギー性鼻炎: いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・アトピー性皮膚炎: いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()
- ・その他 : いる ・ いない 続柄 () 疾患名 ()

【改善したい病気や病状】

改善したい病状や病気を簡単にご記入下さい。(複数可)

- ・病状や病名、発症時期(年齢)、状況(治療方法・現在の状態)等

【自覚症状】

↓医師記入欄

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(片頭痛)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んだりする	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、目に痒みがある	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	食物がのどにひっかかる、胃にもたれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	食後、お腹が張る	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	食事の直後、具合が悪くなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	食事の2~3時間後、具合が悪くなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	便秘をする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	尿の回数が多い	多い	普通	少ない	
21	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
22	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
23	起床時、手足がこわばる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	湿疹がでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	爪が割れる、はがれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	皮膚にかゆみ、蕁麻疹がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	アトピー性皮膚炎がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	フケが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	洗髪時に髪がたくさん抜ける	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	爪に白い斑点がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	いつも疲れている	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	体にアザ(皮下出血)ができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	寒さに敏感、クーラーが苦手である	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	微熱が出る(発熱)	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	汗かき・ほてり(顔が熱くなる)がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
39	急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	顔や手足、まぶたがむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい

41	くよくよしたり不安そうにしている	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	毎日の気分は？	充実	ほぼ充実	普通	沈みがち
43	イライラしたり、怒りっぽくなったりする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	ストレスが多いようだ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
45	対人関係が上手くいかず、つらそうだ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい

【食生活】

1	毎日の食事量・頻度	・正しい	・ふつう	・偏る	・ひどく偏る				
2	間食	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
3	食欲	・ある	・ふつう	・ない					
4	1日の食事の回数	・3	・2	・1	・不規則				
5	1日の食事にかかる時間	・長い	・ふつう	・短い	・不規則				
6	1日の食事量	・適量	・過剰気味	・不足気味					
7	朝食	・摂る	・摂らない	・不規則					
8	夕食から就寝までの時間	・0	・1	・2	・3	・4	・5	・6	時間
9	不規則な生活をしている	・はい	・いいえ	・時々不規則					
10	外食	・する	・しない	・時々する					
11	↳ 外食「する・時々する」場合の頻度	・ ()回/週	・ ()回/月						
12	夕食は21時以降に摂ることが多い	・多い()回/週	・21時までにする						
13	インスタント類をよく摂る	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
14	ファストフードをよく摂る	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
15	清涼飲料水をよく摂る	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
16	甘い物・スナック菓子をよく摂る	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
17	主食(ご飯、パン、麺)をよく摂る	・摂らない	・たまに摂る	・よく摂る					
18	現在の体重を維持している	・している	・していない						
19	↳ 維持「していない」の場合	・増えた	・減った						

- 好きな食べ物

()

- 嫌いな食べ物

()

- 一番多い1日の食事例

例) ごはん みそ汁 納豆 果物	朝	昼	夕	間食

【患者さんのお母様の妊娠前から出産に至るまで】

↓医師記入欄

※可能な限りでご記入下さい。

- お母様の既往疾患 アトピー性皮膚炎や膠原病など
・なし ・あり ()
- 経口避妊薬を飲んでいましたか。 ・はい ・いいえ
- その他内服していた薬があればご記入下さい。抗うつ・抗精神薬・ステロイド剤など。
()
- 妊娠方法
自然妊娠 タイミング法 不妊治療
- 妊娠中何か異常はありましたか。 ・なし ・あり ()
- 妊娠前後に予防接種はうけましたか。 ・なし ・あり ()
- 妊娠中の食事の偏りは。 ・なし ・あり
過食 少食 その他 ()
- 妊娠時の症状
重いつわり 貧血 高血圧 高血糖 低血糖 カンジタ感染
脂質異常 むくみ 体重増加 その他 ()
- 妊娠中の排便について
- 排便頻度 ・毎日 (回/日) ・時々 (回/週)
- 排便時間 ・朝 ・日中 ・夜 ・不規則
- 便の状態 ・良好 ・軟便 ・硬便
- 出産時状況 出産妊娠第()週、出生時体重()g
- 出産方法
自然分娩 帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩
・陣痛促進剤の使用 ・有 ・無
- 授乳
母乳 ミルク 混合
- 歯科治療について (母親)
虫歯はありますか ・なし ・ある ・以前はあった
治療したことがありますか ・ない ・ある
銀歯はありますか ・なし ・ある ・以前はあった
入れ歯はありますか ・なし ・ある ・以前はあった
- その他、お母様の体調について気になることがございましたらご記入下さい。

問診票のご記入お疲れ様でした。

この問診票で知り得た情報は当院以外での使用はいたしません。
最後に、オーソモレキュラー（分子整合栄養医学）受診の同意書がございますので
内容をご確認の上ご署名願います。ありがとうございました。

オーソモレキュラー（分子整合栄養医学）受診に関する説明

医療法人 社団 中成会
RIE クリニック
栃木県宇都宮市鶴田3丁目8-10
Tel 028-678-5957

当院で行っておりますオーソモレキュラー（分子整合栄養医学）の治療に際しまして、下記の事項を承諾・同意の上、受診して頂きます。

① 自由診療について

当院のオーソモレキュラーに関する診療は、自由（自費）診療であり医療保険は適用されません。

② 混合診療について

同一疾患に対して同一医療機関での保険診療と自由（自費）診療を同時に行なうことは認められておりません。

③ 診察

診察は、原則として完全予約制となります。治療のキャンセル、変更のご連絡はなるべく早めに（できれば前日まで）お願いいたします。

④ 診察料

診察・カウンセリング時間に所要した料金をお支払い頂きます。

他、診察のプランについてはその都度ご相談ください。

支払いについては現金もしくは一部カードの使用も可能です。サプリメントの郵送なども状況に応じて行なっております。その際には振り込みをお願いしております。

⑤ 検査

栄養バランスやホルモン、アレルギーの有無をみる為に、血液検査や尿、便検査等を実施することがあります。

⑥ 自己責任

当院の診療で使用するドクターズサプリメントや点滴製剤などの推奨量、食事指導などにつきまして、すべてオーソモレキュラーに基づくもので西洋医学標準治療にとってかわるものではありません。最終的にご本人に選択して頂き、選択され実施された事項についての一切は自己責任となります。

⑦ 治療内容

当院の診療は栄養指導、カウンセリングを基本にしております。日本の医療に共通しない情報もあります。生活習慣、食事、運動、ストレスフリー、人間関係などが治療に大切なものと考えており、それらを見直すことを患者様にも理解していただきます。そのうえで採血などの検査を行ない、必要に応じてサプリメントや点滴療法を選択します。よりよい健康を目指し私たちも最善の治療の選択を目指しますが、個人差があるため治療期間や治療内容は変動します。

⑧ かかりつけ医の推奨

以前から通院されている医療機関での治療を続けることを推奨致します。万一、これまでの医療機関を利用せず、当院に通院される場合は、いつでも救急受診できる、あるいは悪化した場合に治療できる支援医療機関をお決め下さい。かかりつけ医でのデータなどがあればご持参ください。

⑨ ご家族の同意

オーソモレキュラーは一般西洋療法と概念・治療方針が異なる部分もあり、治療を受ける際にご家族や近親者の理解を得られている方が、治療がスムーズに行なわれますので、ぜひ皆様でご検討ください。

⑩ 副作用について

ごくまれではありますが、オーソモレキュラーの治療の一部でアレルギー反応を起こしたり、肝機能の変動が見られたりすることがあります。治療を行なっている場合は（ドクターズサプリメントの内服を含む）、定期的に血液検査をお勧めしております。健康診断や他病院での採血データを参考にすることも可能ですが、できる限り直近のものをご持参ください。

⑪ 悪化・救急の場合

万一、想定外の副作用・アレルギー反応がみられた場合は適切な処置を行いますが、前項の支援機関も受診して頂きます。

⑫ 施設について

当院は外来のみの診療となっており、入院や往診の対応はありません。

⑬ その他

症状の改善には、個人差がありすべての方が完全に改善するとは限りません。

また、お勧めのサプリメントを提示しますが、必ずしも当院で購入する必要はありませんのでご相談ください。診察なしにドクターズサプリメントのみ処方することには対応しておりません。

⑭ 個人情報

法に基づいて患者様の個人情報を守ります。

⑮ 紹介・連携

必要な場合は、当院提携病院に迅速にご紹介いたします。

オーソモレキュラー（分子整合栄養医学）受診の同意書

医療法人 社団 中成会
R I Eクリニック

別紙の内容について了承の上、受診することを承諾します。

____年 ____月 ____日

患者様署名

ご家族署名（未成年の方・サイン困難な場合）

_____（続柄）

住所

連絡先（電話番号）

医師署名
