

Patient Information Form

(注) ローマ字で書き込んでください。

今日の日付(Date) _____
月(Month) 日(Date) 年(Year)

お名前(Name) _____
苗字(Last Name) ミドルネーム(Middle Name) 名前 (First name)

住所(Address) *日本の住所の場合はフリガナを打って下さい。

電話番号(Phone) 携帯(Cell) _____
自宅(Home) _____

E Mailアドレス _____

生年月日(DOB) _____
月(Month) 日(Date) 年(Year)

性別(SEX) 男(M) 女(F)

職業(Occupation) _____

Dr. Izumiのオンライン診療のことを何で知りましたか? (Referred by?)

知人(Friend/Family) お名前(Name) _____

ウェブ広告(AD)

Dr. Izumiのホームページ(Website)

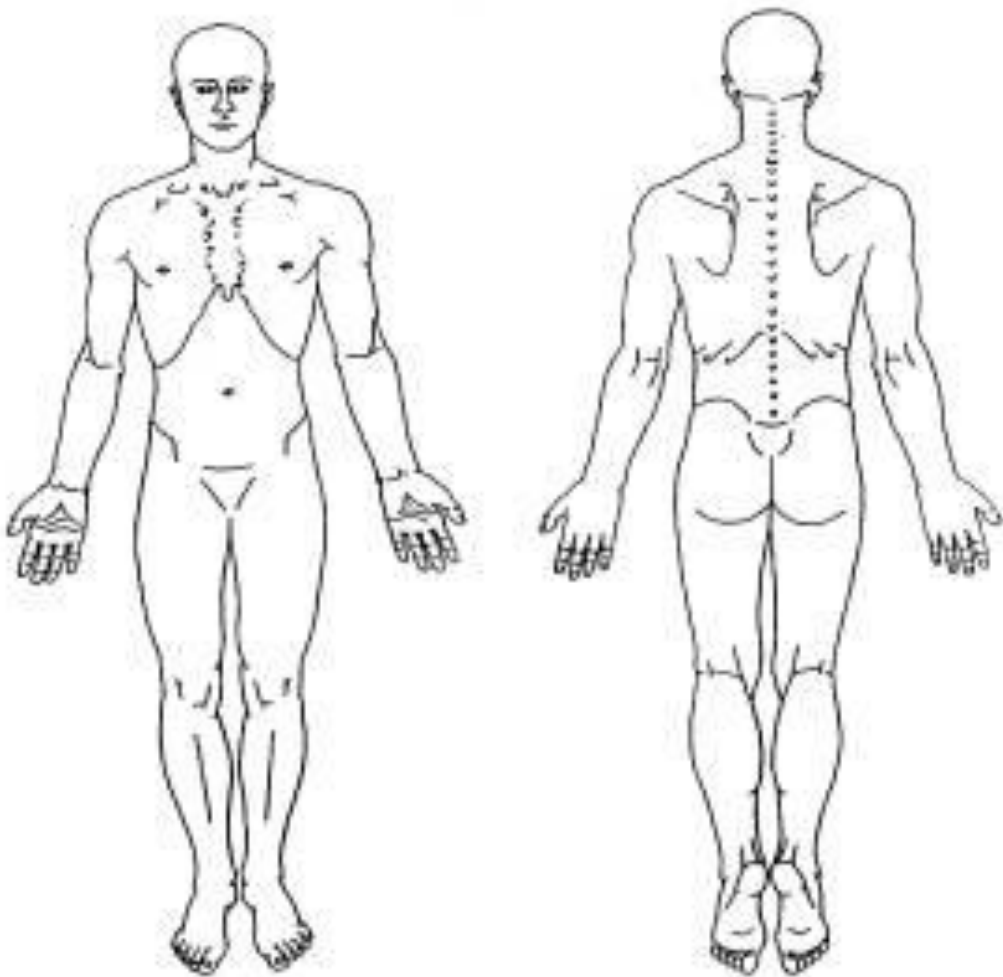
セミナー(Lectures, online seminars)

その他(Others) _____

Patient History Form

今回診療を受けたいと思った理由（複数可）を簡単に説明してください。何か不調や症状がある場合には、発症時期と頻度もお書きください。

痛み、しびれ、不快感などある場所に印を付けて、どのような不具合があるのか書き込んでください。



身長 _____ cm

体重 _____ kg

アレルギー

食べ物： _____

動物、花粉等： _____

薬、金属等： _____

睡眠

時間： _____ am・pm ~ _____ am・pm

寝つき： よい 悪い

質： よい 悪い

夜中に： 起きない 時々目が覚める よく目が覚める

目覚め： よい 悪い

運動 する 時々する ほとんどしない 全くしない

種類 _____

頻度、時間 _____

摂っている薬

サプリメント

水 一日 _____ mL

カフェイン飲料 一日 _____ 杯

ジュース、清涼飲料水 一日 _____ mL 種類： _____

アルコール 週 _____ 回、種類： _____

たばこ 吸わない 吸う 一日 _____ 本

外食 週に _____ 回

間食 する 時々する 毎日する

甘いもの 食べない 時々食べる 毎日食べる

甘いもの以外の糖質 よく食べる あまり食べない 殆ど食べない

種類： _____

魚 週に _____ 回

肉 週に _____ 回

卵 週に _____ 回

野菜 よく食べる あまり食べない 殆ど食べない

避けている食べ物 _____

精神的ストレス 多い やや多い 少ない 殆どない

【女性のみ】

出産回数： _____ 回 出産時の年齢： _____

(閉経した方のみ) 閉経年齢： _____ 歳

該当するものに赤色で☑チェックしてください。

- | | | | |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. 頭痛 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 2. 目の後ろの痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 3. 立ちくらみ、めまい | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 4. 白目が黄ばんでいる | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 5. 抜け毛 | <input type="checkbox"/> 少ない | <input type="checkbox"/> 少しある | <input type="checkbox"/> 多い |
| 6. フケ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 少しある | <input type="checkbox"/> 多い |
| 7. 眉毛が薄い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 8. 匂いに以上に敏感 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 9. 咳 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 10. 痰がよく出る、からむ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 11. 喉の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 12. 鼻水 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 13. 花粉症 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ひどい |
| 14. 副鼻腔炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 15. 中耳炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 16. ぜんそく | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 17. 肺気腫 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 18. 呼吸が速くて浅い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 19. すぐに息が切れる | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 20. 口内炎 | <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> 時々できる | <input type="checkbox"/> よくできる |
| 21. 口の中で苦い味がする | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 22. 口臭、息が臭い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 23. 舌に膜がはっている | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 24. よく噛まずに早食いである | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 25. 食べても食べても満たされない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 26. あまり食欲がない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 27. 朝食欲がない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 28. 胸やけ、逆流性食道炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 29. 胃もたれ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 30. 吐き気 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 31. 胃痛 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 32. 胃腸薬の使用 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 33. ピロリ菌感染（過去も含む） | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | いつ：_____ |
| 34. げっぷがよく出る | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 35. 油物を食べると胃がもたれる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 36. クローン病 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 37. 潰瘍性大腸炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 38. 過敏性腸症候群 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 39. 憩室炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 40. 便秘 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 41. 下痢 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 42. 一日3回以上の排便 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 43. 便秘と下痢を繰り返す | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 44. 下剤の使用 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 45. 残便感 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 46. 便の色が薄い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |

- | | | | |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 47. おならが臭い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 48. おならがよく出る | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 49. 食後お腹が張る、膨満感 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 50. 胆のうの問題 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 51. 肝臓の問題 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 52. 貧血 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 53. 食後眠くなる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 54. 動悸がする | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 55. 不整脈 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 56. 高血圧 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 57. 低血圧 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 58. 高血糖、糖尿病 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 59. 低血糖の症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 60. 中性脂肪が高い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 61. コレステロールが高い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 62. 胸の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 63. 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 64. 橋本病 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 65. バセドー病 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 66. 関節リウマチ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 67. その他の自己免疫疾患 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | 病名 : _____ |
| 68. 喉がよく乾く | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 69. 頻尿 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 70. 排尿時の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 71. 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 72. 不眠 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 73. 朝なかなか起きられない | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 74. カフェインに頼っている | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 75. 忘れっぽい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 76. 頭の回転が鈍い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 77. 集中力の低下 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 78. 頭に霧がかかったようだ | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 79. イライラすることが多い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 80. 落ち込むことが多い | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 81. 鬱 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 82. 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 83. 不安になりやすい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 84. 疲労感 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 85. やる気が起きない | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 86. 特に夕方に疲労感を感じる | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 87. 長時間寝ないと元気になれない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 88. 空腹時にお腹が痛い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 89. 甘いものを無性に欲する | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 90. 食後に甘いものが欲しくなる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 91. 濃い味付けのものが好き | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 92. 油っこいものを無性に欲する | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 93. 湿疹 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 94. 吹き出物、ニキビ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |

- | | | | |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 95. 乾燥肌 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 96. アトピー | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 97. 肌が痒い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 98. 体臭 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 99. 汗っかきである | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 100. 寝汗をかく | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 101. 手足がむくむ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 102. 手足が冷たい | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 103. 低カロリーにしても痩せない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 104. すぐに太る | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 105. お腹の周りに脂肪がつきやすい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 106. お尻や胸に脂肪がつきやすい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 107. 体重が増えず太れない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 108. 筋肉がつきにくい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 109. 運動をすると筋肉痛が長く続く | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 110. 筋肉がつる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 111. 首の痛み、こり | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 112. 肩の痛み、こり | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 113. 背中の痛み、こり | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 114. 腰痛 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 115. 股関節の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 116. 膝の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 117. 手足の痛み、しびれ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 118. 手足の関節の痛み | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 119. 痛風の症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| 120. 帯状疱疹（過去も含む） | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | いつ: _____ |
| 121. 側弯症 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 122. 椎間板ヘルニア | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 123. 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| 124. 風邪をひきやすい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| 125. あざがしやすい | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |

【男性のみ】

- | | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| I. 前立腺の問題 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| II. 夜何度もトイレに行く | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| III. 尿の切れが悪い、残尿感 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| IV. 近年の性欲の激減 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| V. ED（勃起しない、しにくい） | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| VI. スタミナがない | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| VII. 以前よりも感情的になった | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |

【女性のみ】 * 閉経後の方は、閉経前の様子についてチェックしてください。

- | | | | |
|-------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------|
| a. 生理不順 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| b. 不妊/不妊治療 | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| c. 流産 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | 回数: _____ |
| d. 生理周期が長い（32日以上） | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |
| e. 生理周期が短い（24日以下） | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |

- | | | | |
|----------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| f. PMS（月経前症候群） | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| g. 生理前に肌が荒れる | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| h. 生理痛 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| i. 生理時の出血が多い | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| j. 生理時の出血が少ない | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| k. 生理時に胸が張る | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| l. カンジダ症 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| m. 子宮内膜症 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| n. 子宮筋腫 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| o. 多嚢胞性卵巣症候群 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | |
| p. 更年期障害の症状 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| q. ホットフラッシュ | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| r. 膣が乾燥している | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> よくある |
| s. 顔面の毛が濃くなった | <input type="checkbox"/> あてはまらない | <input type="checkbox"/> あてはまる | |

その他不調、気になっていること、大病、大けが、交通事故、手術、大病など（過去にしたものも含む）、あればお書きください。
