

# 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。

---

---

---

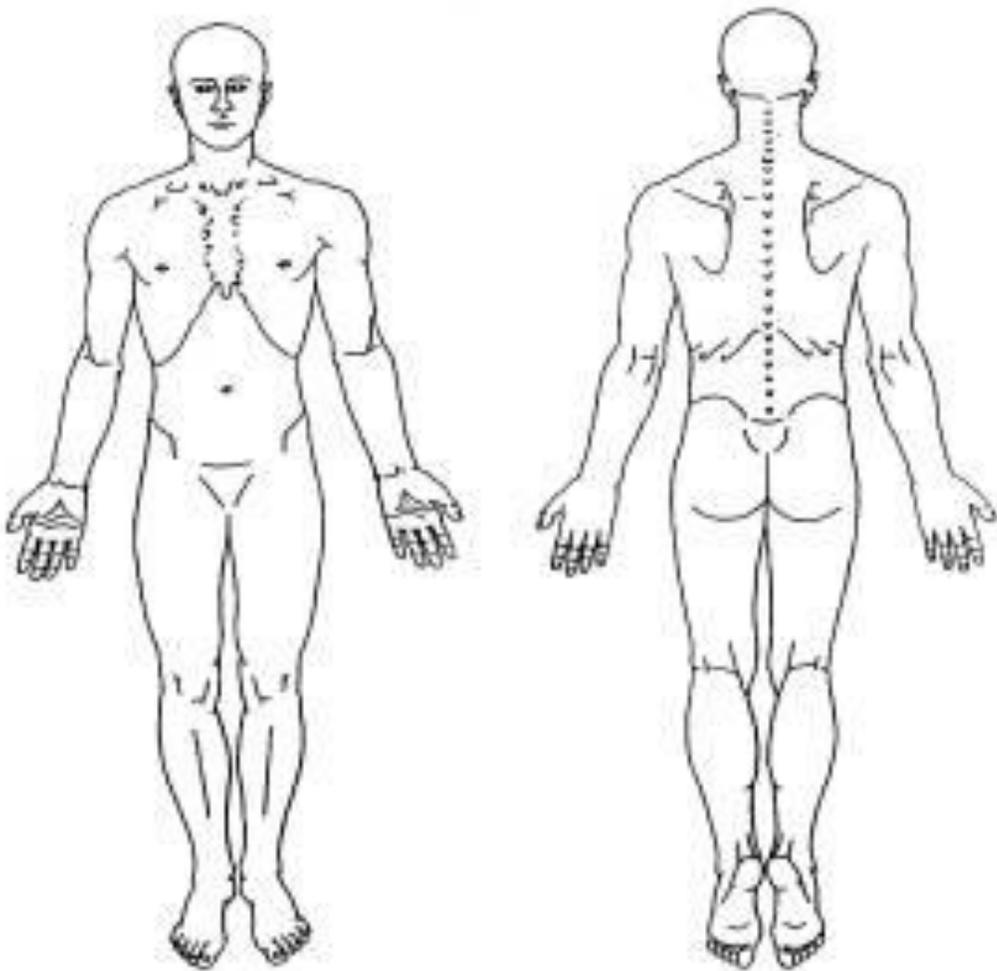
---

---

---

---

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。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---