

患者ID:

# コロンハイドロセラピー 初回問診表

フリガナ		男女	生年月日	大・昭・平	年	月	日	才
氏名								
住所	〒 -							
電話番号	- -		携帯番号	- -				
職業		体重	kg	身長	cm			
① 体温 . 度								
② セラピーの目的を教えてください。 1：便秘の改善      2：下痢の改善      3：腹部膨満感の改善      4：アレルギーの改善 5：疾病予防      6：ダイエット      7：美肌効果      8：肌荒れ改善      9：腹痛改善 *具体的な症状があればご記入ください。 ( )								
③ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？      はい・いいえ 病名：B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他 ( ) 手術：なし・あり      手術名：								
④ 現在何かの病気で病院にかかっていますか？      はい・いいえ 病名： 内服薬：なし・あり      薬剤名：								
⑤ お薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？ なし・あり      薬剤名：								
⑥ タバコを吸いますか？      はい・いいえ・以前吸っていた ( 年前 ) 1日 本								
⑦ アルコールは飲みますか？      はい・いいえ・以前飲んでいた ( 年前 ) ビール・日本酒・焼酎・ワイン・その他 ( )      時々 ( ) ・毎日 量：								
⑧ 昨日のお食事の時間と内容を教えてください。 朝 ( : )      内容 ( ) 昼 ( : )      内容 ( ) 夕 ( : )      内容 ( ) 間食 ( : )      内容 ( ) 水分：水・お茶・その他 ( )      L程度								
⑨ 日頃の食生活（嗜好）について教えてください。 1：甘いもの      2：辛いもの      3：麺類      4：パン類      5：食物繊維（野菜中心） 6：よく噛む      7：よく噛まない      8：不規則      9：量が少ない      10：量が多い 11：肉食      12：乳製品      13：スナック類      14：外出が多い      15：その他								

⑩ 排便状況を教えてください。

日に1回 形状：コロコロ・バナナ状・半練り状・泥状・下痢  
量：多・普・少 残便感：あり・なし  
色：黄色・茶色・灰白色・緑色・黒色・赤色

⑪ 便秘薬を飲んでいますか？

はい・いいえ・以前使用（ 年前）

薬剤名：

量：錠・包 毎日・日に1回

⑫ 痔核の有無

なし・あり（外痔核・内痔核・痔ろう）

⑬ 最終排便

月 日 AM / PM : 頃

形状：コロコロ・バナナ状・半練り状・泥状・下痢  
量：かなり多い・多い・普通・少なめ・かなり少なめ  
すっきり感：あり・なし 残便感：あり・なし

⑭ 不快と感じている症状がありますか？

1：お腹が張る 2：おならが多い 3：お腹が痛む 4：便秘と下痢を繰り返す  
5：食欲がない 6：肩が凝る 7：夜眠れない 8：肌のくすみ 9：肌荒れ  
10：頭痛がする 11：イライラする 12：舌に白い苔のようなものがでる  
13：口臭が強い 14：体臭が気になる 15：その他（ ）

⑮ 現在飲んでいるサプリメントがありますか？

はい・いいえ

種類：

⑯ 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠していますか？

はい・いいえ・わからない

最終月経： 月 日～

周期： 日周期・不規則（長い・短い）

月経困難症： なし・あり 症状（ ）

⑰ 当クリニックを何でお知りになりましたか？

ご家族からの紹介 ・ 知人からの紹介（紹介者名 ） ・ 他医療機関からの紹介 ・  
家の近く ・ 職場の近く学校の近く ・ 街中の広告看板 ・ 当院ホームページ ・  
病院検索サイト ・ タウンページ ・ その他（ ）

⑱ 当クリニックよりお知らせを発送させていただく場合がございます。ご希望されますか？

はい・いいえ

ご記入ありがとうございました。記入に間違いがなければ、署名をし、当日持参して下さい。

ご記入日： 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

ちゃばたクリニック