

オーソモレキュラー療法
解析情報シート ①

(初診・ 回目)

記入日: 年 月 日

ID: 氏名: 男・女 生年月日: 年 月 日

- 検査前8時間以上絶食《必須》: した・していない
していない場合:()時間前・摂取物()
- 身体特徴《必須》: 身長()cm 体重()kg
- 女性のみ: 最近の生理開始()週間前 閉経後の場合:閉経した年齢()歳
妊娠中の場合()週目 授乳中(はい・いいえ)
出産した回数:()回 出産時期:()

改善したい症状や病気《必須》:改善したい症状や病気を、簡単にお書きください。

病状/病名: 発症時期(年齢):

状況(治療方法・現在の状態):

病状/病名: 発症時期(年齢):

状況(治療方法・現在の状態):

既往歴(ご本人)

症状/病名: 症状/病名:

時期(年齢): 時期(年齢):

手術の有無: なし・あり 手術の有無: なし・あり

治療内容: 治療内容:

(「あり」の場合) (「あり」の場合)

既往歴(ご家族):○をしてください。()に続柄をご記入ください。

脳卒中: いない・いる() 痛風: いない・いる()

高血圧: いない・いる() 肝臓病: いない・いる()

心疾患: いない・いる() 癌: いない・いる()

糖尿病: いない・いる() 精神疾患: いない・いる()

その他: 疾患名()

続柄()

アレルギー《必須》:○をしてください。()に詳細をご記入ください。

薬品アレルギー: なし・ある()

食物・その他アレルギー: なし・ある()

感染症の有無:○をしてください。

HIV: なし・ある・わからない

B型肝炎: なし・ある・わからない

C型肝炎: なし・ある・わからない

その他: なし・ある(疾患名:)

クリニック名称:

担当:

オーソモレキュラー療法
解析情報シート ②

(初診・ 回目)

記入日: 年 月 日

【生活習慣】:あてはまるところに○をつけてください。また()に記入してください。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|------------|---------------|------------|---------|---|---|
| 飲食 | 1 食事量・頻度 | ・正しく | ・普通 | ・偏る | ・ひどく偏る | | | |
| | 2 間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般 | ・摂らない | ・時々 | ・摂る | ・多い | | | |
| | 3 食欲 | ・ある | ・普通 | ・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 | ・普通 | ・短い | ・不規則 | | | |
| | 6 1日の食事量 | ・適量 | ・満腹気味 | ・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 |
| | 9 外食 | ・しない | ・する | | | | | |
| | 10 (外食を)「する」の場合 | ()回/週 以上 | | | | | | |
| | 11 清涼飲料水 | ・摂らない | ・普通 | ・よく摂る | | | | |
| | 12 甘いもの・お菓子 | ・摂らない | ・普通 | ・よく摂る | | | | |
| | 13 糖質類(ご飯・麺・パンetc) | ・摂らない | ・普通 | ・よく摂る | | | | |
| | 14 ファーストフード | ・摂らない | ・普通 | ・よく摂る | | | | |
| | 15 標準体重の維持 | ・している | ・していない | | | | | |
| 睡眠 | 1 寝付き | ・良い | ・普通 | ・悪い | ・ひどく悪い | | | |
| | 2 目覚め | ・良い | ・普通 | ・悪い | | | | |
| | 3 夜中に起きる | ・起きない | ・時々起きる | ・よく起きる | | | | |
| | 4 平均睡眠時間 | ()時間/日 | | | | | | |
| | 5 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 | | ・吸わない | ・吸う | | | | | |
| | | 本数()本/日 | | | | | | |
| 飲酒《必須》 | | ・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:() | | | | | | |
| 常用薬《必須》 | | ・ない | ・ある | | | | | |
| | | 「ある」の場合、薬品名 () () () () () | | | | | | |
| 糖質摂取管理(該当する項目にチェックを入れてください) | | | | | | | | |
| | 1 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 | | |
| | 2 精製された製品(白米・煎餅・白い小麦粉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 | | |
| | 3 食事の他に補食を摂っていますか? | ・はい | ・いいえ | 「はい」の場合の種類() | | | | |
| 摂取中のサプリメント《必須》 | | ・ない | ・ある | ・クリニック処方のみ | | | | |
| | * 2回目以降の方はページ④にお書きください。 | 「ある」の場合、名称 () () () () | | | | | | |
| その他 | 1 意識的に健康管理している | ・はい | ・いいえ | | | | | |
| | 2 子供の頃肥満だった | ・はい | ・いいえ | | | | | |
| | 3 その他の生活習慣 | () | | | | | | |

オーソモレキュラー療法
解析情報シート ③

(初診・ 回目)

記入日: 年 月 日

【自覚症状】:あてはまるところに○をつけてください。※は必須です。

| | | | | | | |
|----|------------------------|---|-----|------|-----|-------|
| 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 | 咳や痰ができる | | いいえ | 時々 | ひどい | 特にひどい |
| 11 | 不整脈・動機・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、目瞼がむくむ | | 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 |

クリニック使用欄 (特記すべき経過など。解析の参考にします。)

クリニック名称:

担当:

オーソモレキュラー療法
解析情報シート ④

(2回目以降の方)

記入日: 年 月 日

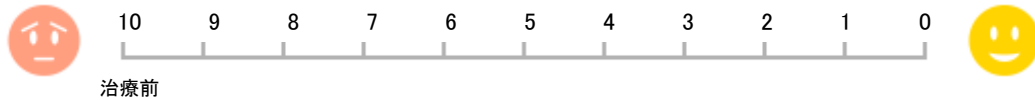
ID: 氏名: 男・女 生年月日: 年 月 日

症状の変化と現在の問題点 《すべて必須》

a. 治療前にもっともつらい症状はどのような症状でしたか？ 1つをお書きください。

()

b. その症状の、治療前の程度を「10」としたとき、現在はどこまで改善しましたか？
下のスケールに○をつけてください。



c. 現在ある症状はどのようなものですか？ 辛い順に3つをお書きください。

()
()
()

サプリメントの摂取状況、お食事について 《すべて必須》

① 前回の検査後から現在まで、サプリメントを飲んでいますか？ にチェックを入れてください。

当院が提供したサプリメントを飲んでいる。

●前回の検査以降、1日に飲んでいる量を記入してください。

- | | | | |
|-----------|------|----------|---------------------|
| ・NBcompA | ()粒 | ・ヘム鉄 | ()粒 |
| ・亜鉛 | ()粒 | ・ナイアシン | ()粒 |
| ・CaMg | ()粒 | ・E100 | ()粒 |
| ・VitAR | ()粒 | ・αリポC200 | ()粒 |
| ・C1000 | ()包 | ・BB | ()粒 |
| ・アミノ9 | ()包 | ・グルタミン | ()包 |
| ・プロテイン99 | ()包 | ・クッキー | ()個 |
| ・ナイアシン150 | ()粒 | ・プロテイン | ()杯 [添付のスプーンにすりきり] |
| ・その他 | () | | |

当院が提供した以外のサプリメントを飲んでいる。

サプリメントは飲んでいない。

② 指導された食事制限をしましたか？ (○をつけてください)

した ・ しなかった

クリニック名称:

担当: