

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 )

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: (「あり」の場合)	治療内容: (「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	・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	・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	・ふつう	・よく摂る				
	12 甘いもの・お菓子	・摂らない	・ふつう	・よく摂る				
	13 糖質類(ご飯・麺・パンetc)	・摂らない	・ふつう	・よく摂る				
	14 ファーストフード	・摂らない	・ふつう	・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	・よい	・ふつう	・わるい	・ひどく悪い			
	2 目覚め	・よい	・ふつう	・わるい				
	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			
		「飲む」か「多い」の場合、具体的に( )						
常用薬《必須》		・ない	・ある					
		「ある」の場合、薬品名( )						
		( )						
		( )						
		( )						
摂取中のサプリメント《必須》 *2回目以降の方はページ④にお書きください。		・ない	・ある	・クリニック処方のみ				
		「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・質問など)

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

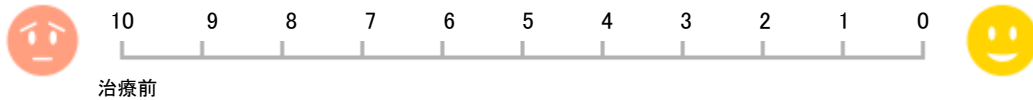
ID: 氏名: 男・女 生年月日: 年 月 日

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

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: