

氏名：

男・女

生年月日：

年

月

日

基礎体温・平熱

℃

℃

℃ (3日起床時測定)

血圧

/

mmHg

便通：毎日・()日に()度) 形：バナナ状・コロコロ・泥状・下痢

便の匂い：くさい・くさくない 色： 消化：未消化なものが混じる・混じらない

配偶者：あり・なし

兄弟姉妹： 人

子供： 人

検査前8時間以上絶食：した・していない()時間前・摂取物()

身体的特徴：身長()cm 体重()kg

女性のみ：最近の生理開始()週間前 初潮()才頃

閉経後の場合：閉経した年齢()才頃

出産経験あり・なし()才・()才・()才・()才

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：改善したい症状を記入してください

症状/病名： 発症時期 (年齢)：

状況 (発症時期の症状・治療方法・現在の状態)

症状/病名： 発症時期 (年齢)：

状況 (発症時期の症状・治療方法・現在の状態)

氏名： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 月 日

既往歴（ご本人）

症状/病名： _____

時期（年齢）： _____

手術の有無： なし ・ あり

治療内容： _____

既往歴（ご本人）

症状/病名： _____

時期（年齢）： _____

手術の有無： なし ・ あり

治療内容： _____

家族歴： ○をしてください

脳梗塞・脳出血： 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（ _____ ）

認知症： いない・いる（ _____ ）

その他： 疾患名（ _____ ） 続柄： _____ ・疾患名（ _____ ） 続柄： _____

アレルギー： ○をしてください

薬品アレルギー： なし・あり（ _____ ）

食物・その他アレルギー： なし・あり（ _____ ）

感染症の有無： ○をしてください

HIV： なし・あり・わからない

B型肝炎： なし・あり・わからない

C型肝炎： なし・あり・わからない

ヘルペス： なし・あり・わからない

慢性副鼻腔炎： なし・あり・わからない

歯周病： なし・あり・わからない

その他： なし・あり・わからない

氏名： _____ 男・女 記入年月日： _____ 年 月 日 【生活習慣】

当てはまるところに○をつけてください。また（ ）に記入してください

	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日にかかる食事の時間	・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. 甘い物・お菓子	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	13. 糖質類（ご飯・麺・パンなど）	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	14. ファストフード	・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 就寝	:	～起床	:	・規則的	・不規則		
	6. いびきをかく	・よくかく	・かかない					
	7. 歯ぎしりをする	・よくする	・時々する	・しない				
運動		・している	・していない					
		運動名・頻度（ _____ 回/週 _____ 分）						
		運動名・頻度（ _____ 回/週 _____ 分）						
喫煙		・吸わない						
		・吸っていた	（ _____ 才から _____ 才まで	_____ 本/日）				
		・吸う	（ _____ 才から _____ 才まで	_____ 本/日）				
アルコール		・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（ _____ ）						
風呂		・湯船に入る						
		・シャワーのみ						
		・サウナに入る（週 _____ 回）						

氏名： _____ 男・女 生年月日： _____ 年 月 日

常用薬 _____ ・ない _____ ・ある _____ ・飲んでいた _____

ある場合の薬品名・いつ頃から (_____)
(_____)
(_____)
(_____)
(_____)
飲んでいた・いつからいつまで (_____)
(_____)
(_____)
(_____)
(_____)

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(砂糖入りのお菓子、スナック菓子、ジュース、100%野菜ジュースなど)

・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・白い小麦でできたうどんやラーメン・パスタ・パンなど)

・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

摂取中のサプリメント _____ ・ない _____ ・ある _____ ・クリニック処方のみ

2回目以降は、ページ⑥にお書きください。 ある場合のサプリメントの名称・会社名

(_____)
(_____)
(_____)
(_____)
(_____)

その他 1. 意図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 (_____)

歯科検診・歯周病治療を定期的に受けている _____ ・はい _____ ・いいえ _____

ヶ月に1度

最終歯科医院受診日： _____ 年 _____ 月頃

過去に虫歯の治療をしたことがある _____ ・はい _____ ・いいえ _____

銀歯が入っている _____ ・はい _____ ・いいえ _____

氏名： _____ 男・女 記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【自覚症状】当てはまるところに○をつけてください。

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	眼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	口内炎がしやすい	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、眼がかゆくなる	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	咳や痰が出る	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈、動悸、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	胸焼けや吐き気(嘔吐・嘔吐き)がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢しやすい	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	ふけが多い	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・よく風邪を引く	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	微熱が出る(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(ほてり)	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、まぶたがむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらないこと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	おこりっぽくなる、イライラしたり、	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

氏名： _____ 男・女 記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診事項	はい	いいえ	わからない
1. ガンにかかったことはありますか？	はい	いいえ	わからない
2. 糖尿病あるいは境界型糖尿病と診断されたことがある？	はい	いいえ	わからない
3. ご家族に認知症の方はいますか？	はい	いいえ	わからない
4. ライム病あるいはダニに刺されたことはありますか？	はい	いいえ	わからない
5. アルコールを飲まないとき震えなど離脱症状がでるか？	はい	いいえ	わからない
6. 前立腺ガンで抗アンドロゲン薬を処方されたことがある？	はい	いいえ	わからない
7. 頭部外傷を負ったことがある？	はい	いいえ	わからない
8. 上記の際、吐き気をもよほした。	はい	いいえ	わからない
9. 心臓発作あるいは狭心症の既往歴はありますか？	はい	いいえ	わからない
10. 高血圧の既往はある？	はい	いいえ	わからない
11. シンナーやマリファナ等不法薬物を使ったことがある？	はい	いいえ	わからない
12. 意識を失ったことがある？	はい	いいえ	わからない
13. 末梢血管病変（血栓・梗塞・静脈瘤等）の既往がある？	はい	いいえ	わからない
14. ホルモン補充療法を行わず 41 才未満で子宮摘出を受けた？	はい	いいえ	わからない
15. ホルモン補充療法を行わず 52 才未満で子宮摘出を受けた？	はい	いいえ	わからない
16. 髄膜炎の既往がある？	はい	いいえ	わからない
17. 食事で、単純炭水化物（白米・白いパン等）を食べていますか？	はい	いいえ	わからない
18. アルコールを一日 1.5 缶（5%）以上飲む？	はい	いいえ	わからない
19. 無気力・無感動などが見られるようになった？	はい	いいえ	わからない
20. 心房細動の既往がある？	はい	いいえ	わからない
21. 便秘がある？（1 日 1 回以上便がでないとき便秘）	はい	いいえ	わからない
22. シードオイル（種油）を食べている？	はい	いいえ	わからない
23. 幻覚や妄想がある？	はい	いいえ	わからない
24. 見上げたり、下を向くのが難しい？	はい	いいえ	わからない
25. 肺気腫または気管支炎、喘息がある？	はい	いいえ	わからない
26. 血液脳関門の脆弱性があるか？	はい	いいえ	わからない
27. リーキーガットの病歴があるか？	はい	いいえ	わからない
28. ミトコンドリアを傷害する薬を飲んでいるか？ 抗生物質・スタチン・グリセオフルビン（抗真菌薬）、抗 HIV 薬、 アセトアミノフェンや NSAIDs（解熱鎮痛薬）、コカイン、 メタンフェタミン、L-ドパ、アルコールなど	はい	いいえ	わからない
29. 40 才以降全身麻酔を受けた？	はい	いいえ	わからない
30. 40 才以降全身麻酔を 2 回以上受けた？	はい	いいえ	わからない
31. グルテンの感受性が高いですか？	はい	いいえ	わからない
32. 頭痛がある？	はい	いいえ	わからない
33. ヘルペスの既往がある？	はい	いいえ	わからない
34. 気を失ったことがある？	はい	いいえ	わからない
35. 共感することが欠如しているか？	はい	いいえ	わからない
36. 匂いを感じにくくなった（臭覚の低下）？	はい	いいえ	わからない
37. 身近にカビの存在がある？カビ毒の蓄積がある？	はい	いいえ	わからない
38. 歯科治療でアマルガムの入った歯が 3 本以上ある？	はい	いいえ	わからない
39. 歯科治療でアマルガムの治療を受けたことがある？	はい	いいえ	わからない
40. 口腔衛生状態が悪いか？（歯周病や虫歯が多い等）	はい	いいえ	わからない

問診事項	はい	いいえ	わからない
41. 歯根管治療（歯の神経を抜く治療等）を受けたことがあるか？	はい	いいえ	わからない
42. 週に2回以上マグロやメカジキ、サメなどの大型魚を食べる？	はい	いいえ	わからない
43. 水銀の蓄積の指摘を受けたことがある？	はい	いいえ	わからない
44. 神経作用薬服用（抗不安薬、抗うつ病薬、睡眠薬等）している？	はい	いいえ	わからない
45. 以前より就寝時間が遅くなっている？	はい	いいえ	わからない
46. 計算能力に問題がある？	はい	いいえ	わからない
47. 読書が困難である？	はい	いいえ	わからない
48. 適切な言葉が思い出せない？	はい	いいえ	わからない
49. 整理整頓が困難である？	はい	いいえ	わからない
50. 人の顔を見分けることが難しい？	はい	いいえ	わからない
51. 不適切な言動がある？	はい	いいえ	わからない
52. レム睡眠時に腕を大きく動かすなど行動障害あるか？	はい	いいえ	わからない
53. 睡眠時無呼吸や低呼吸などがある？	はい	いいえ	わからない
54. 睡眠時間が7時間未満や途中覚醒がある？	はい	いいえ	わからない
55. 就寝時間が遅くなっている？	はい	いいえ	わからない
56. 安静時振戦がある？	はい	いいえ	わからない
57. 万引き（売り物を持ってきてしまう）などの行動がある？	はい	いいえ	わからない
58. 認知症の症状は進行してきている？	はい	いいえ	わからない
59. 最初の症状で記憶に問題があった？	はい	いいえ	わからない
60. 記憶が主な問題である？	はい	いいえ	わからない
61. 慢性疲労や線維筋痛症の既往があるか？	はい	いいえ	わからない
62. 鼻血がでやすいか？	はい	いいえ	わからない
63. 関節炎の既往はあるか？	はい	いいえ	わからない
64. 心臓発作や狭心症の既往はあるか？	はい	いいえ	わからない
65. 脳梗塞や脳内出血などの既往があるか？	はい	いいえ	わからない
66. ワーファリンなど血液をさらさらにする薬を飲んでいるか？	はい	いいえ	わからない
67. 歩いたりバランスをとることが難しい？	はい	いいえ	わからない
68. 家族に脳出血の既往がある？	はい	いいえ	わからない
69. 甲状腺薬を飲んでいる？	はい	いいえ	わからない
70. 腎機能に問題がある？	はい	いいえ	わからない
71. ホルモン補充療法を受けている？	はい	いいえ	わからない
72. ライム病にかかったことがある？	はい	いいえ	わからない
73. コレステロール下げるスタチン系の薬を飲んでいるか？	はい	いいえ	わからない
74. アミロイド前駆たんぱく質APPの変異がある？	はい	いいえ	わからない
75. その他、わかっている遺伝的要因がある？	はい	いいえ	わからない
76. 膣カンジダを繰り返す？	はい	いいえ	わからない
77. リウマチ、シェーグレン症候群など自己免疫疾患がある？	はい	いいえ	わからない
78. 頭がはっきりせず、モヤがかかった感じがある？	はい	いいえ	わからない
79. 以前より、気分の浮き沈みが多い、やる気が起きない？	はい	いいえ	わからない
80. 耳の聞こえが悪くなった？	はい	いいえ	わからない
81. 副鼻腔炎が指摘されたことがある？	はい	いいえ	わからない
82. アトピー性皮膚炎がある？	はい	いいえ	わからない
83. 認知機能の低下等で自覚症状を認識したのはいつ頃ですか？			年前
84. MCI 検査で引っかかったことがある？いつ頃ですか？	はい	いいえ	年前

年月日 / / ()

メニュー	
朝食	
昼食	
夕食	
間食	

年月日 / / ()

メニュー	
朝食	
昼食	
夕食	
間食	

体重・体脂肪率

朝	kg	%
夕	kg	%

体調

便通	有・無
血压	/ mmHg
睡眠	時間 分
生理	・生理 日目
むくみ	有・無

運動 有・無

M e m o

体重・体脂肪率

朝	kg	%
夕	kg	%

体調

便通	有・無
血压	/ mmHg
睡眠	時間 分
生理	・生理 日目
むくみ	有・無

運動 有・無

M e m o

氏名

年月日 / / ()

メニュー	
朝食	
昼食	
夕食	
間食	

年月日 / / ()

メニュー	
朝食	
昼食	
夕食	
間食	

体重・体脂肪率

朝	kg	%
夕	kg	%

運動 有・無

体調

便通	有・無
血压	/ mmHg
睡眠	時間 分
生理	・生理 日目
むくみ	有・無

M e m o

体重・体脂肪率

朝	kg	%
夕	kg	%

運動 有・無

体調

便通	有・無
血压	/ mmHg
睡眠	時間 分
生理	・生理 日目
むくみ	有・無

M e m o

氏名
