

初診の方：①～③、再診の方：①～④ を使用

オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ①

(初診・
目) 回

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 : した ・ していない
していない場合：() 時間前 ・ 摂取物 ()

●身体特徴 : 身長 () 体重 () ※身長・体重の記載がない場合は、
cm kg BMIのグラフは表示されません

●女性のみ : 最近の生理開始 () 週間 閉経後の場合：閉経した年齢 () 歳
前 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 : 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 : ○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:

初診の方：①～③、再診の方：①～④ を使用

オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ②

(初診・
目)

回

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 | | ・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 | | ・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 | | ・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 | () | | | | | | |

初診の方：①～③、再診の方：①～④ を使用

オーソモレキュラー栄養療法
解析情報シート ③

(初診・
目)

回

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。

| | | | | | |
|----|------------------------|-----|------|-----|-------|
| 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、手指がこぼれる | 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：

初診の方：①～③、再診の方：①～④ を使用

オーソモレキュラー栄養療法 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

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

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。

- ・NB-X () 粒・Fe9へム&ビオ () 粒
- ・D5000 ミセル () 粒・亜鉛ビオ () 粒
- ・ナイアシンアミド250 () 粒・C250+αリポ酸 () 粒
- ・uDHA () 粒・A・D・E・K ミセル () 粒
- ・C1000+B () 包・E200ミセル () 粒
- ・グルタミン ビオ () 粒・必須アミノ酸-X () 包
- ・ビタミンクスコンプリート () 包・プロテインGX () 杯[添付のスプーンにすりきり]
- ・EPAγリノ ミセル () 粒・オリーブX () 粒
- ・BCAA () 包・コエンザイムQ10 ミセル () 粒
- ・A10000ミセル () 粒・マグカルDビオ () 包
- ・アドレマグ200 ビオ () 包
- ・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：