

大人のカウンセリング申込書

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	M T S H 年 月 日
住所	〒		
自宅電話番号	携帯あるいは自宅以外の連絡先・名称	職業	
()	()		

1) カウンセリングをどのような理由で希望なさいましたか？ 具体的に何時から、どのように、何をきっかけに等をお書き下さい。

2) ふだん食事を作る方はどなたですか？ ご自身 家族 その他 ()
 外食の機会がありますか？ あり・なし (頻度: 回/月)

3) 現在の身長 (cm) 体重 (kg)
 20歳時体重 (kg) これまでの最高体重 (歳時 kg)
 最近・・・太った (kg 増)・やせた (kg 減)・変わらない

4) 飲酒……飲まない・飲む (何をどれくらい: 週 回)
 たばこ……吸わない・吸う (本/日)・吸っていた (年前まで 本/日 年間)

5) これまでに次の病気にかかったことはありますか？
 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・甲状腺疾患・痛風・ガン・その他 ()

- 6) 手術や入院をなさったことはありますか？
何年に（ ） どのような理由で（ ）
- 7) ご家族で次の病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？
高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・甲状腺疾患・痛風・ガン・その他（ ）
ご家族のどなた（ ）
- 8) 現在治療中の病気はありますか？ ……ない・ある（病名 ）
- 9) 服用中のお薬はありますか？ ……ない・ある（お薬の名前： ）
- 10) 薬や食べ物にアレルギーがありますか？
薬を飲んだり注射を受けた後、気分が悪くなったり身体に発疹が出たことがありますか？
ある特定の食品を食べると発疹が出たり下痢をしたり頭痛がするということがありますか？
……ない・ある（ ）
アレルギー性疾患（喘息、アレルギー性鼻炎、花粉症、アレルギー性結膜炎、
アトピー性皮膚炎、蕁麻疹）に罹患した場合は○をして下さい。
- 11) 女性の方のみ
生理は……規則的 ・ 不規則 ・ 閉経した
最終月経は… 年 月 日ごろ
妊娠中に……高血圧・浮腫・蛋白尿・切迫流産・酷い風邪を引く があった
お子さんはいらっしゃいますか？……いない・いる（ 名）
授乳中ですか？……はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。
個人情報厳守いたしますのでご安心ください。