

自律神経バランス 問診票

ID No.

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日生 (才)
氏名	男・女			
住所	〒	電話		

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入下さい。

●起床時体温 _____ 度

●睡眠パターン 就寝時刻 _____ 時 起床時刻 _____ 時

- ☐ 夜中や明け方に目が覚めませんか？ ☐ 就寝前の飲酒する？ ☐ 就寝前にしていること
☐ 目が覚めてもまたすぐに眠れていますか？ ☐ いびきをかいてますか？
☐ 起床時に何か症状はありませんか？ ☐ 呼吸止まっていると言われたことは？

●日中の眠気

- ☐ 眠気は食後だけ ☐ 軽い眠気がある ☐ 強い眠気がある

●入浴時間 _____ 分

- ☐ シャワーのみ ☐ 足浴のみ ☐ 湯船につかる

●勤務時間 一日 _____ 時間 パソコン業務 _____ 時間

- ☐ 休日出勤はありますか？ ☐ 夜勤はありますか？ ☐ 月あたりの残業時間は？

●よく飲む飲料水の種類 _____

●自律神経症状はありますか？

- ☐ 動悸 ☐ 頭痛 ☐ 発汗異常 ☐ ふらつき ☐ イライラ ☐ だるさ ☐ 腹満 ☐ 下痢 ☐ 頻尿
☐ 息切れ ☐ めまい ☐ のぼせ ☐ 乗り物に酔う ☐ 末梢の冷え ☐ 腹痛 ☐ 嘔気 ☐ 便秘 ☐ 頸と肩の凝り

●現在やっている運動 _____

●飲酒

- ☐ 飲まない ☐ 時々つきあい程度 ☐ 休肝日なし _____ を _____ 合

●喫煙

- ☐ 喫煙習慣これまで一切無し ☐ 過去に吸っていた _____ 歳から _____ 歳まで一日平均 _____ 本
☐ 現在吸っている _____ 歳から _____ 歳まで一日平均 _____ 本

●過去の病歴 病気の名前 _____ かかった時の年齢 _____

●現在治療中の病気 病気の名前 _____ 服用している薬の名前 _____