|  |
| --- |
| 名前　　　　　　　　　　様　性別　男・女　生年月日　M・T・S・H　　年　　　月　　　日 |
| 住所　〒 |
| 電話番号　　　　−　　　　−　　　　メールアドレス　　　　　　　　　＠ |
| 職業　　　　　　　　　　　　　　 |
| 家族構成 |

　当院では生活習慣の改善が治療の大黒柱としています。それを支える恵比寿柱としてサプリメントや治療機器を使用します。自由診療でお一人お一人に時間をかけ、どうすると良いかお伝えします。 ただ治すのではなく、より体調が良くなり病も無くなる事を目指します。

　受診日は診察と、生活指導を主に行います。受診される前に今の御自身の状態をお書き下さい。

受診の理由となった病名、診断された医療機関、時期、経過：

　現在の体調：

　これまでにされた病気、手術等：

　これまでの生活習慣についてお書き下さい。お話をする上で参考とさせて頂きます。

　食事を作られている方：

　好きな食べ物：

　嫌いな食べ物：

　平均的な一日の食事

　朝：

　昼：

　夕：

運動週間：

何かスポーツをされていましたか？

便通：

　頻度　　毎日　　一日に　　度　　　　日おき

　形状　　下痢　　硬い　　コロコロ　　途切れる　　一本

体重の増減

20歳前後と比べて体重の変化はどうでしょうか？

受診にあたってのご希望や不安な点についてお書き下さい：