

身長： _____ cm / 体重： _____ kg
ふりがな _____
お名前： _____
男
女 生年月日： 昭・平 年 月 日
ご職業： (_____)
住所： 〒 _____
電話番号： _____ 携帯番号： _____
(学生の方のみご記入下さい)
保護者名： _____ 電話番号： _____

①本日ご相談されたい症状を選んで□にチェック(✓)を入れて下さい。(複数選択可)

- 寝つきが悪い 夜中に何度も目が覚める 早朝に目が覚める
ぐっすり眠った気がしない 日中、眠くて困る 朝、起きられない
脚の不快感(むずむず感、ほてり、痛みなど)
睡眠中の(いびき 無呼吸 寝言 動き回る 歯ぎしり)
上記以外(_____)

②上記の症状はいつ頃から始まりましたか？ 頻度はどのくらいですか？

_____年 _____月ころ から 頻度： 年・月・週 に _____回くらい

③現在治療中の病気や使用中の薬・サプリメントはありますか？

病名： _____ (_____年ごろから) 使用中の薬： _____
病名： _____ (_____年ごろから) 使用中の薬： _____

④これまでに大きな病気やけがをしたことはありますか？

病名： _____ (_____才ごろ) / 病名： _____ (_____才ごろ)

⑤タバコを吸われますか？ 吸わない 吸う(_____本/日、喫煙歴 _____年)

⑥お酒を飲まれますか？ 飲まない 飲む(毎日 週に数回 時々)

⑦カフェイン入り飲料(コーヒー、コーラなど)をどれくらい飲みますか？

飲まない 飲む： _____を一日 _____杯くらい

⑧お薬でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり(薬品名： _____)

⑨その他にアレルギーがありますか？

なし あり(内容： _____)

※他に気になることがあれば、お書きください。

ありがとうございました。記入が終わりましたら、受付にお渡しく下さい。