

ふりがな

身長： _____ cm / 体重： _____ kg

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： _____

【第二連絡先】ご家族・勤務先等、本人以外の連絡先を必ずご記入ください。

氏名(名称)： _____

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、受付にお渡しください。