マリヤ・クリニック　　年　月　日

低血糖症治療・検査申込書

フリガナ						男・女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年　月　日　（　歳）
申込者 氏　名							
フリガナ							申込者連絡先
申込者 住　所	〒						(TEL)
							(携帯)
職業		身長	cm	体重	kg		(FAX)

同行者氏名	続柄	同行者住所（申込者と同じの場合同上）	連絡先

その他 連絡事項	

私は低血糖症の治療に関するマリヤ・クリニックの治療方針を理解し、検査内容に了解をした上で、検査及び治療の申し込みをいたします。指定の診察時間に遅れた場合や、前夜からの絶食ができなかった場合には、検査ができない事を了解します。また、治療にあたっては家族等の協力者が必要なことを理解し、上記同行者が診察に同行します。

〈申込者サイン〉20　年　月　日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ ご予約の前日、当日の日程変更および検査のキャンセル、注意事項を確認していなかったため検査できなかった場合、キャンセル料として 2,200 円をいただきますので、ご注意下さい。途中でキャンセルの場合には実費をいただきます。

※ 当日は 9 回の採血、体温測定、尿検査が御座います。尿検査に備え、検査前は極力排尿なさらないよう、ご注意ください。OGTT 個室で休みながら検査できます。

栄養治療に関する確認事項

(1)低血糖症、その他の症状が見られる方には栄養指導及びサプリメントに関するご説明をします。

(2)栄養指導及びサプリメントのアドバイスは担当管理栄養士が行います。食事の管理が必要なので、栄養指導を受けることが必要です。

(3)毎月のサプリメントの購入に要する費用は体調などにより個人差がありますが、概ね 3 万円前後の費用がかかるとお考え下さい。(病態の改善により処方の変更があります。)
当社で推奨しておりますサプリメントの成分含有量は市販のサプリメントに比べてはるかに多く、また良質なものであり、病態改善を目指す為に医師の診察のもと、処方しています。

(4)「新・低血糖症と精神疾患治療の手引」(柏崎良子著、¥2,200・税込)をお持ちでしょうか。お持ちの方はご持参下さい。当日購入することもできます。今後の治療等に際して説明に使用致しますので、来院の時は必ずご持参ください。

ご了解サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Copyright 2014 @Mariya Clinic. All rights reserved

患者登録書

受診日　平成　　年　　月　　日

フリガナ

患者氏名　：　　男・女

生年月日　：　T・S・H　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）

〒　　－

住所　：

電話番号　：

FAX 番号　：

携帯電話　：

メールアドレス：

※ 個人情報は、当院が治療を適切に行うためにのみ使用致します。

このクリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

□家族・知人を通して（ご紹介者名：　　続柄：　　）

□電話帳　□看板(当ビル・電柱・消火栓標識・駅)※○で囲んで下さい。

□書籍・雑誌　□病児保育ノア　□インターネット検索

□他院からの紹介　医院名：＿＿＿＿　□その他＿＿＿＿

医療法人社団　マリヤ・クリニック

※受付使用欄：ワクチン・健診・その他（　　）

※ 個人情報は、当院が治療を適切に行うためにのみ使用致します。
※ のどをみるときに嘔吐する可能性がありますので、診察前のお子様のミルク・お菓子の摂取は御控え下さい。
※ ご住所・お電話番号等変更のある方は、受付までお申し出下さい。

問診票

マリヤ・クリニック

フリガナ　　受診日：平成　　年　　月　　日

ご氏名：　　(　　才　　ヶ月)

体重　　kg　　身長　　cm

主な症状	あてはまるものに○を記入下さい。	
	(　　)頭痛　(　　)吐き気　(　　)腹痛　(　　)下痢　(　　)軟便 (　　)動悸　(　　)不整脈　(　　)胸部痛　(　　)湿疹　(　　)かゆみ (　　)肩こり　(　　)腰背部痛　(　　)疲れやすい　(　　)不眠　(　　)胸やけ (　　)便秘　(　　)めまい(グルグル回る・フラフラする)※どちらかに○をして下さい (　　) イライラする　(　　) 甘い物が無性に食べたくなる　(　　) 永く疲労感がある (　　) 精神的に不安定である　その他：	
期間	上記症状はいつからありますか？	頃から
内服状況	現在他の医療機関に通院中ですか？	□無　□有→病名または症状：
	現在内服（使用）しているお薬は？	□無　□有→お薬名：
既往歴	今までにかかった又は現在治療中の病気に○をつけて下さい。	
	(　　)高血圧　(　　)糖尿病　(　　)肝臓病　(　　)脂質異常症（高脂血症）　(　　)関節炎 (　　)胃潰瘍　(　　)貧血　(　　)痛風　(　　)アレルギー性鼻炎　(　　)アトピー性皮膚炎 (　　)膠原病　(　　)不眠症　(　　)結核　(　　)甲状腺疾患　(　　)統合失調症 (　　)うつ病　(　　)発達障害　(　　) 自閉症　その他：	
	呼吸器	(　　)ぜんそく　(　　)肺炎
	病気等	(　　)心臓病　内容：　(　　)腎臓病　内容： (　　)脳神経　内容：　(　　)癌　内容：
	子供のみ	(　　)てんかん(熱のないけいれん)　(　　)未熟児　(　　)川崎病
	次の感染症はありますか？	
	□無　□おそらく無し(調べていない)　□Ｂ型肝炎　□Ｃ型肝炎　□ＨＩＶ　□梅毒	
家族歴	家族の方で体質的に以前又は現在かかっている病気があればご記入下さい。	
	父　（父方）祖父母　兄弟・姉妹・子供 母　（母方）祖父母　その他	
アレルギー	今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、かぶれ、気分不快、下痢など)はありましたか？	
	薬	□無　□有→薬剤名：　症状：
	食べ物	□無　□有→食品名：　症状：
お薬形状	飲めるお薬の形状は？	□水薬　□粉薬　□錠剤　□カプセル
女性のみ	妊娠中ですか？	□いいえ　□可能性あり　□妊娠中[　　]週目
	授乳中ですか？	□いいえ　□はい
栄養療法について	栄養療法に対して、当てはまる項目に○を記入下さい。	
	(　　)知らない　(　　)興味がある　(　　)やってみたい　(　　)詳しく話を聞きたい (　　)行なっている　内容：	

ご記入ありがとうございました。受付スタッフへお渡し下さい。

【現在の状況について】

ご氏名：　　記入日：　　年　　月　　日

下記の項目について、あてはまるものを選びご記入下さい。

今は何をされていますか	・無職　・専業主婦　・学生（　　年生） ・仕事をしている（職業　　勤務時間　：　～　：　）		
睡眠の状況	起床時間　：　就寝時間　：　（睡眠時間　平均　　時間） ・問題無し　・途中で目が覚める　・入眠に時間がかかる　・朝起きづらい ・悪夢をよくみる　・ほとんど眠れない		
食事状況	調理担当者　・自分　・家族　・外食や購入		
	朝　（　：　） 内容：	昼　（　：　） 内容	夕　（　：　） 内容
	間食：（　：　） 内容：	間食：（　：　） 内容：	間食：（　：　） 内容：
甘いもの	・ほとんど食べない ・週　回（内容・量　） 多く食べていた時期は？　無　・　有（時期　）		
飲み物	炭酸飲料・清涼飲料水・スポーツ飲料を　1日　mlくらい コーヒー・紅茶・緑茶を　・毎日（　杯）　・たまに飲む　・ほとんど飲まない		
たばこ	1日　本		
お酒	・毎日　・週4～6日　・週1～3日　・たまに飲む程度　・まったく飲まない ・内容（　）を（　ml×　本）		
食事の制限	除去・制限している食品はありますか？ ・無・有（　年　月頃から、内容：　）		
サプリメントの摂取	・摂っていない ・摂っている（　年　月頃から、内容：　） →どのように変化がありましたか？（　）		
運動状況	・無　・有（週　回、内容：　）		
日中の外出	日中に外の空気に当たる時間はどのくらいありますか？　・約　分		
便の状況 排便の頻度	・普通　・軟便　・下痢　・硬い　・臭う ・毎日　・週（　）回　・1週間以上無い		
胃腸の状態	・正常　・腹痛　・ガスがたまりやすい　・胸やけする		
不登校、休職期間	・無・有　時期：		
ストレスの状態	・無・有　内容：		
友人関係	・良好　・普通　・悪い		
家庭環境	・良好　・普通　・悪い		
（女性の場合）生理について	・問題無し　・月経不順　・生理痛（症状：　） 生理前緊張症状（PMS）　無・有（症状：　）		

マリヤ・クリニック

低血糖症・症状経過確認表

お名前　　年　月　日

1：常にある　2：1週間に1回以上程　3：1ヶ月に1回ほど　4：まったくない

	上の段より当てはまる項目を選び 1～4の数字をチェック欄にご記入下さい。	チェック欄	鉄欠乏性貧血	自律神経失調症	うつ症状	副腎髄質ホルモン	ナイアシン不足	エネルギー不足
1	日中とても眠い		○					○
2	集中力がない		○				○	○
3	筋肉が痛む		○				○	
4	口臭がする		○				○	○
5	背部痛・筋肉痛		○				○	
6	起床時に疲れて力がない		○					○
7	疲れやすい		○	○				○
8	めまいふらつきがある		○	○		○		
9	胃腸が弱い		○	○			○	○
10	頭痛がある		○	○		○	○	
11	手足が冷たい		○	○		○	○	○
12	呼吸が浅い		○	○		○		
13	呼吸が苦しい		○	○		○		
14	月経前症候群		○	○		○		
15	溜息、生あくびをする		○	○				○
16	午後7時以降最も体調が良い		○	○				
17	イライラ感がある		○		○	○	○	
18	不眠症がある		○		○	○	○	
19	日光が眩しすぎる		○		○			○
20	思い煩うことがある		○		○		○	○
21	物忘れがひどい		○					○
22	目の前が真っ暗になって倒れる			○		○		
23	動悸がする			○		○		
24	手・指が震える			○		○		
25	不安になる				○	○	○	
26	落ち込み易い				○	○	○	
27	怒りが爆発する事がある				○	○	○	
28	恐怖感がある				○	○	○	
29	急に泣きたくなる				○	○	○	
30	社会に復讐したいと思う				○	○	○	

★裏面もご記入下さい（31～60）

☆チェック欄の右の欄は、低血糖症の症状のうち特徴的な要因を挙げたもので健康管理・自己確認の資料となります。

マリヤ・クリニック

低血糖症・症状経過確認表

お名前　　年　月　日

1：常にある　2：1週間に1回以上程　3：1ヶ月に1回ほど　4：まったくない

	上の段より当てはまる項目を選び 1～4の数字をチェック欄にご記入下さい。	チェック欄	鉄欠乏性貧血	自律神経失調症	うつ症状	副腎髄質ホルモン	ナイアシン不足	エネルギー不足
31	誰かに危害を加えたいと思う				○	○	○	
32	自殺をしたいと思い行動した				○		○	
33	情緒が不安定である				○	○	○	
34	精神的錯乱を起こす				○	○	○	
35	死にたいと思う				○	○	○	
36	めまい、発作を起こし、倒れた。			○		○	○	
37	落ち着きがない				○	○	○	
38	おしゃべりである					○	○	
39	突然ばったり倒れる					○		
40	眼球の痛みがある					○	○	○
41	決断力がない					○		○
42	よく気をもむ				○	○	○	
43	涙もろい					○	○	
44	マイナス思考になる				○	○	○	
45	原因不明の痙攣をする					○	○	
46	目が霞む							○
47	神経質である				○		○	
48	疲れが激しい							○
49	アレルギー症状がでる							
50	音がうるさ過ぎると感じる				○		○	
51	甘い物が無性に食べたくなる							○
52	他人と仲良くできない				○		○	
53	悪い夢を見る					○		
54	性衝動を抑えられない					○	○	
55	性的不能である			○				○
56	肥満である						○	○
57	くしゃみをよくする							
58	起床時に身体に傷がある					○	○	
59	おならが臭い						○	
60	幻聴あるいは、幻覚がある						○	

★表面もご記入下さい（1～30）

☆チェック欄の右の欄は、低血糖症の症状のうち特徴的な要因を挙げたもので健康管理・自己確認の資料となります。

MC2011.9

食事アンケート

記入日　　年　　月　　日

氏名

＊発病、体調が悪くなったときの食状況に当てはまるものに○印をつけてください。（時期　　歳頃）

食品類	食品例	食事状況
①乳・乳製品	牛乳 ヨーグルト チーズ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
②卵	卵	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
③魚介類	鮭 あじ まぐろ いか	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
④肉類	牛・豚・鶏肉 ハム	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑤豆・豆製品	豆腐 納豆	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑥野菜	緑黄色野菜（人参・南瓜・ほうれん草	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
	淡色野菜（キャベツ・胡瓜・大根）	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑦芋類	じゃが芋 さつま芋	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑧果物	バナナ りんご オレンジ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑨海藻類	ひじきの煮物 わかめ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑩穀類	ご飯 パン 麺類	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑪甘味料	砂糖 ジャム	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない

＊現在の食事状況に当てはまるものに○印をつけてください

食品類	食品例	食事状況
①乳・乳製品	牛乳 ヨーグルト チーズ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
②卵	卵	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
③魚介類	鮭 あじ まぐろ いか	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
④肉類	牛・豚・鶏肉 ハム	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑤豆・豆製品	豆腐 納豆	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑥野菜	緑黄色野菜（人参・南瓜・ほうれん草	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
	淡色野菜（キャベツ・胡瓜・大根）	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑦芋類	じゃが芋 さつま芋	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑧果物	バナナ りんご オレンジ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑨海藻類	ひじきの煮物 わかめ	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑩穀類	ご飯 パン 麺類	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない
⑪甘味料	砂糖 ジャム	a.毎日 b.週3～4回位 c.週1～2回位 d.殆ど食べない

Copyright 2011 @Mariya Clinic. All rights reserved

ご氏名：　　記入日：　　年　　月　　日

【主訴・経緯】

1．主な症状は何ですか？

2．上記の症状はいつからありますか？

3．経過など

時期	症状、今まで受けた検査や治療など

★食事が乱れた時期はありますか？

無・有　：　過食・拒食、偏食、欠食、甘い物・酒・タバコなどを多く摂った、その他

時期と具体的な内容

4．今回の診察にあたり、ご質問やご希望がありましたら具体的にお書き下さい。