**初回総合問診票**ご記入日　　 　　年　　月 　 日　 　（copy right 銀座リチャージクリニック）

ふりがな

氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　　男　・　女

ご職業または学校(学年)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　ご年齢　＿＿＿＿歳　身長＿＿＿＿＿㎝体重\_\_\_\_\_＿＿＿kg

ご住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お電話番号(携帯番号推奨)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご連絡に関する注意事項＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＠＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族構成＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆現在お持ちの疾患に〇を（過去や治癒後の場合は△を）つけて下さい。

心筋梗塞・狭心症・不整脈・糖尿病・高脂血症・脂肪肝・ウィルス性肝炎・気管支喘息・虫垂炎

高尿酸血症・脳梗塞・脳出血・頭痛・骨粗鬆症・腰椎ヘルニア・フレイル（筋やせ）・更年期障害

骨折（部位：　　　　）アレルギー（種類：　　　　　　　）がん（種類：　　　　　　　　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◆クリニックをどちらでお知りになりましたか？（○記入）

（ホームページ・脳科学ｾﾐﾅｰ・腸脳活ｱｶﾃﾞﾐｰ・LINE・SNS・紹介その他（　　　　　）

◆現在飲まれているお薬がありましたらお書き下さい。（複数回答可）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◆現在飲まれているサプリメントがありましたらお書き下さい。（複数回答可）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◆**以下のどの目的で今回は受診されましたか？**　**の枠内に✅をつけてください。（複数回答可）**

□ 仕事のパフォーマンスを上げたい　 □ 勉強のパフォーマンスを上げたい

□ 物忘れをより減らしたい　　□より穏やかな気持ちで１日を過ごしたい

□ より疲れない頭と体を持ちたい　　□先延ばし癖を治しすぐ行動できる様になりたい

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◆**（上記2. または 3.の方へ）どの様な事が気になり今回受診されましたか？**　**の枠内に✅を（複数回答可）**

□ 物忘れ：（　　　）年ごろ〜　□頭が回転しづらい　□ 集中力の低下　□ やる気の低下　□段取り力低下

□ 情緒不安定（内容：　　　　　　　　）□ 動悸　　□ 息切れ　　□ 発汗　□冷え　□むくみ

□ 体がだるい　□ 常に疲れている：（　　　）年ごろ〜　□ 十分に休息や睡眠を摂っても疲れが取れない

□朝スッキリ起きられない　　□コーヒーやカフェイン飲料を飲まないと１日持たない

□ 過眠気味　　□ 眠れない：（　　）年ごろ〜　　□熟睡できない　　□ 食欲不振　　□ 過食気味

□食事が不規則である　□食事が偏っている　□運動不足　□筋力低下　　　□ 頭痛　　□ 関節痛

□　普段から微熱あり　□しびれ（部位：　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　）

◆**次の中でご興味のある検査・治療について、**　**の枠内に✅をつけてください（複数回答可）**

1. **症状から選びたい方は、こちらから**
2. **症状から選びたい方は、こちらから**

□「放っておけない物忘れ（MCI：軽度認知障害）」の検査（認知機能テスト・脳波・採血・相談し決めたい）

□. 上記の治療（生活指導・サプリ・点滴・栄養・脳刺激療法（在宅脳トレ）・相談し決めたい）

□「認知症・または認知症予防」の検査（認知機能テスト・脳波・採血・尿・相談し決めたい）

□ 上記の治療(脳に効く点滴・生活指導・サプリ・栄養カウンセリング・脳刺激療法（在宅脳トレ）相談し決めたい）

□「放っておけない疲労」の検査（脳波（脳疲労ERP）・尿検査・採血・唾液検査・毛髪検査・相談し決めたい）

□「放っておけない疲労」の治療（疲労サポート点滴・生活指導・サプリ・栄養・相談して決めたい）

□「情緒不安定や自律神経の乱れ」の検査（自律神経測定（脈波・脳波）・相談し決めたい）

□　上記の治療（生活指導・サプリ・脳刺激療法（在宅脳トレ）・相談し決めたい）

□　睡眠の検査（精密かつ簡便なタイプ）

□　睡眠の治療（睡眠指導・サプリ・相談し決めたい）

□　腸内環境測定（便検査・尿検査・採血（遅延型食物アレルギー））

□　上記の治療（腸活指導・サプリ）

　 □　アンチエイジング（ミトコンドリア・血管年齢）の検査（採血・尿検査・脈波（血管）・相談し決めたい）

□　上記の治療（ミトコンドリア回復サプリ・同点滴、血管若返りサプリ・同点滴・相談し決めたい）

**２．具体的な検査や治療から選びたい方は、こちらから**

□　高先生のカウンセリング（対面・遠隔）　　□　栄養士による栄養カウンセリング（遠隔のみ）

□　脳波検査（脳機能と認知症予測の脳波検査・脳疲労ERP）　□脳波治療（脳刺激療法（在宅脳トレ））

□　点滴（脳に効く・疲労サポート・高濃度ビタミンC・マイヤーズ・αリポ酸・NMN・白玉・その他（　　　　　））

□　サプリメント（認知症予防・疲労回復・腸活・不足栄養素・自分の体質に合う物・その他（　　　　　　））

* その他の検査（　　　　　　　　　　　　）　　　□　その他の治療（　　　　　　　　　　　　）

◆**コーヒー、日本茶、紅茶、またはカフェイン飲料を日常的に飲んでいますか？**

（はい・いいえ）

「はい」の場合、そのうち一番多く飲む種類は？（コーヒー・日本茶・紅茶・カフェイン飲料）

週（　　）日、　１日平均（　　　）杯

◆**お酒は飲みますか？**

（はい・いいえ）

「はい」の場合、そのうち一番多く飲む種類は？（ビール・焼酎・日本酒・ウィスキー・カクテル・その他）週（　　）日、　１日平均（　　　）杯、または（　　　）mL.

◆**タバコを吸いますか？**

吸う・以前吸っていたが止めた・吸わない

「吸う」の場合、吸う量は？　　１日平均（　　　）本