

低血糖症治療・検査申込書

フリガナ				男	生年月日
申込者氏名				女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
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					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">〈申込者サイン〉 201 年 月 日 _____</p>					
<p>※ 当日に検査をキャンセルされたり、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2,000円をいただきますので、ご注意ください。途中でキャンセルの場合には実費をいただきます。</p> <p>※ 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。</p>					

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。(株)ヨーゼフの販売するサプリメントを購入するかどうかはご自由ですが、食事の管理が必要なので、栄養指導を受けることは必要です。従って、初回診察時に医師指導料 5,250円(※)をマリヤ・クリニックにお支払い頂く事をご了承下さい。

(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。(病態の改善により必要量は減少していきます。)

尚、斡旋いたします(株)ケンビファミリーが販売する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、また良質なものです。比較資料などは、担当者にご相談ください。

(4) 患者さんまたはご家族の判断で独自の治療法、市販のサプリメントの摂取をしている場合は、十分な診療および栄養指導ができないことがありますので、予めご了承願います。

(5) 「低血糖症と精神疾患治療の手引」(柏崎良子著、¥1890)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。今後の治療等の際に説明に使用致しますので、来院の時は必ずご持参下さい。

※検査当日と結果日の管理栄養士による指導及び医師の指導、サプリメントをご希望の際には3ヶ月まで処方せんとその内容の説明を致します。

ご了解サイン _____

問 診 票

マリヤクリニック

※ご記入いただく内容については、院内にて治療を適切に行なう為に使用致します。

フリガナ _____ 受診日平成 年 月 日
ご氏名 _____ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才
血液型 () 型 身長 _____ cm 体重 _____ kg 熱 _____ °C
ご住所 〒 _____
☎ () FAX () 携帯 _____

A, ①今の症状についてお答え下さい。(症状の強いものに◎、他は○をつけて下さい。)

- () 鼻水、() 鼻づまり、() ノドの痛み、() 咳、() 痰、() 頭痛、() 吐き気
() 嘔吐、() 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、() 疲れ易い、() 不眠、() 胸やけ
() 行々する、() めまい(グルグル回る・フワフワする) ※どちらかに○して下さい
() 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

他 _____

②今の症状はいつ頃からありますか? _____ 日前から
熱はありますか? 無・有 _____ 日前から

③現在服用しているお薬は? 無・有 薬名 _____

④症状によっては注射を希望しますか? () はい () いいえ

B, ①今までにかかった病気について○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 肝臓病 高脂血症 関節炎 腎臓病 喘息 胃潰瘍 貧血 痛風 肺炎
アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 膠原病 不眠症 薬による下痢や湿疹 結核 癌
その他 _____

②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記入して下さい。

父 _____ (父方) 祖父・祖母 _____ 兄弟・姉妹・子供 _____
母 _____ (母方) 祖父・祖母 _____ その他 _____

③けいれんを起こした事がありますか

無・有 _____ 才の時 _____ 回 その時の体温・理由 _____

④出生時、何か異常はありましたか? 無・有 _____

⑤飲む薬の形態全てに○をつけて下さい。

() 水薬 () 粉薬 () 錠剤 () カプセル

⑥薬による副作用を経験した事がありますか? 無・有 ()

⑦抗生物質の皮内反応テストの判定でご存知のものがあれば記入して下さい。

薬剤名 () ・判定 ()

⑧次の感染症はありますか? 無・有 () HB 肝炎 () HCV 肝炎 () 梅毒 () HIV

⑨栄養治療に対して、当てはまる項目に○をつけて下さい。

() 知らない () 保険の範囲内で希望したい () 興味がある
() 栄養治療をやってみたい () 詳しく話を聞きたい

⑩このクリニックをどの様にしてお知りになりましたか? (○をつけて下さい)

() 知人を通して () 電話帳 () 看板(当ビル・電柱・駅) ※○で囲んでください
() KYB 運動 () 書籍・雑誌 () インターネット
() その他 _____

《糖負荷検査予診票》

No.1

ご氏名 _____

記入日 20 年 月 日

※発病前後の症状及び変化について把握する為にご記入をお願い致します。

発病前の生活状況	
・発病または体調が悪化した時期	歳ごろ (年 月ごろ～) 同じ時期に環境の変化はありましたか？ 有 / 無
・食事状況 ・1日の食事回数 ・甘いもの	・規則的 ・ほぼ規則的 ・やや不規則 ・不規則 ・1回 (時頃) ・2回 (時頃) ・3回 (時頃) ・それ以上 ・毎日食べていた(内容) ・時々食べていた(内容)
・飲み物	炭酸飲料・清涼飲料水・スポーツ飲料を 1日 mlぐらい 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 ・たまにのむ程度 ・全く飲まない ・内容()を(ml× 本)
・過食・拒食	・過食 無/有 状態: ・拒食 有/無 状態: ・時期 歳ごろ ・期間 約()ヶ月間
・偏食・好き嫌い	・全くない ・少しある ・ある 内容()
・アレルギー	・食物アレルギー 無/有 (食品名:) ・鼻炎が 無/有 ある場合 1. 年中 2. 花粉症 3. その他 ・皮膚炎・アトピー ・喘息 ・その他
・不登校、出社拒否	無 / 有 時期
・ストレスの状態	無 / 有 内容
・体調不良の有無	無 / 有 症状
・便の状況	・普通 ・軟便気味 ・下痢 ・硬い ・臭う(・毎日 ・週に4～6回 ・週に1～3回 ・1週間以上ない)
・性欲について	・異常 ・平常 ・ない
・友人 家庭環境	・良好 ・悪い ・普通
・幻聴・幻覚・妄想	無/有 (幻聴・幻覚・妄想・幻視が ・毎日ある ・時々ある ・その他)
・キレル状態	・訳もなくいらいらする ・イライラが多い ・暴力をふるう ・怒りっぽい ・おかしな言動がある
・感情の状態	・不安定 ・起伏が激しい ・落ち込みやすい
・睡眠時間	起床時間 時 ・ 就寝時間 時 (睡眠時間 平均 時間)
・睡眠のリズム	・昼夜逆転している ・寝つきが悪い ・朝起きられない ・深夜、早朝覚醒がある
・夢はみますか？	・夢をみない ・悪夢をみる ・少し覚えている ・全く覚えていない
・月経痛・月経不順	無 / 有
・運動状況	無/有 (・毎日運動していた ・週4～5回 ・週2～3回 内容:)
・外出状況	・外出しない ・1日約 時間外出する

現在服用しているお薬は？(無/有) 薬剤名

診察上何かご希望がありましたら、お書き下さい。

ご氏名

記入日

年

月

日

現在の生活状況 *発病前と状況が異なる場合ご記入ください。*	
・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 (勤務時間 : ~ :)
・食事状況 ・1日の食事回数 ・甘いもの	・規則的 ・ほぼ規則的 ・やや不規則 ・不規則 ・1回 (時頃) ・2回 (時頃) ・3回 (時頃) ・それ以上 ・毎日食べていた(内容) ・時々食べていた(内容)
・飲み物	炭酸飲料・清涼飲料水・スポーツ飲料を 1日 mlぐらい 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 ・たまにのむ程度 ・全く飲まない ・内容()を(ml× 本)
・過食・拒食	・過食 無/有 状態: ・拒食 有/無 状態: ・時期 歳ごろ ・期間 約()ヶ月間
・偏食・好き嫌い	・全くない ・少しある ・ある 内容()
・アレルギー	・食物アレルギー 無/有 (食品名:) ・鼻炎が 無/有 ある場合 1. 年中 2. 花粉症 3. その他 ・皮膚炎・アトピー ・喘息 ・その他
・不登校、入社拒否	無 / 有 時期
・ストレスの状態	無 / 有 内容
・体調不良の有無	無 / 有 症状
・便の状況	・普通 ・軟便気味 ・下痢 ・硬い ・臭う(毎日 ・週に4~6回 ・週に1~3回 ・1週間以上ない)
・性欲について	・異常 ・平常 ・ない
・友人 家庭環境	・良好 ・悪い ・普通 (友人について) ・良好 ・悪い ・普通
・幻聴・幻覚・妄想	無/有 (幻聴・幻覚・妄想・幻視が 毎日ある ・時々ある ・その他)
・キレル状態 ・感情の状態	・訳もなくいらいらする ・イライラが多い ・暴力をふるう ・怒りっぽい ・おかしな言動がある ・不安定 ・起伏が激しい ・落ち込みやすい
・睡眠時間 ・睡眠のリズム ・夢はみますか?	起床時間 時 ・ 就寝時間 時 (睡眠時間 平均 時間) ・昼夜逆転している ・寝つきが悪い ・朝起きられない ・深夜、早朝覚醒がある ・夢をみない ・悪夢をみる ・少し覚えている ・全く覚えていない
・月経痛・月経不順	無 / 有
・運動状況 ・外出状況	無/有 (毎日運動していた ・週4~5回 ・週2~3回 内容:) ・外出しない ・1日約 時間外出する
・サプリメント摂取状況	摂取期間 (年 月頃から摂取開始) 食品名:
・摂取後の変化	・変化無し ・変化有 ・良くなった ・少し効いている どのように変化がありましたか?

低血糖症・症状経過確認表

お名前

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	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			○	○	○	

低血糖症・症状経過確認表

お名前

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	突然ぼったり倒れる				○		
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					○	

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 さつまいも	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 さつまいも	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

※ご記入いただく内容については、院内にて治療を適切に行なう為に使用致します。

年 月 日 ご氏名_____

***現在に至るまでの症状・経過などお書き下さい。**

***診察上何か御希望がありましたら、お書き下さい。**