



生年月日	大・昭・平・令	電話番号	
	年 月 日 ( 歳)	携帯電話	
ご住所	〒 _____		
ご職業		領収書	<input type="checkbox"/> 希望する(毎回・月に1回) <input type="checkbox"/> 希望しない

◎お仕事や日常生活についてお聞きします

- 立ち仕事    デスクワーク    重たいものをよく持つ    介護をしている  
育児中    本や新聞をよく読む    よく歩く  
パソコンをよく使用する    車の運転をよくする    携帯電話をよく見る

同居状況	子供	就寝前に行っていることがあればお書きください	ストレスレベル
○一人	○いる		
○配偶者	○いない	<input type="checkbox"/> OTV <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 瞑想 <input type="checkbox"/> 軽い運動 <input type="checkbox"/> 深呼吸 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他	当てはまるところにチェックして下さい <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少々 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> かなりある
○両親			
○子供			
○兄弟			
○その他			

現在も抱えている病気・症状には ○ 内に○印を  
 過去に罹ったことのある病気には△印をご記入ください

( ) 食欲減退	( ) 目の病気	( ) 首の痛み
( ) 不眠	( ) 耳の病気	( ) 肩コリ
( ) 頭痛	( ) 鼻の病気	( ) 腕・手のしびれ
( ) 高血圧	( ) 呼吸器の病気	( ) 腰痛
( ) 低血圧	( ) 循環器の病気	( ) 下肢痛
( ) 貧血	( ) 肝臓の病気	( ) 下肢のしびれ
( ) 冷え性	( ) 胃腸の病気	( ) その他神経痛
( ) めまい	( ) 腎臓の病気	( ) 椎間板障害
( ) 便秘	( ) 痛風・リウマチ	( ) 関節炎
( ) 排尿困難	( ) 潰瘍	( ) 子宮筋腫・卵巣嚢胞
( ) 自律神経失調	( ) 腫瘍	( ) 不妊・流産
( ) 精神不安	( ) 喘息	( ) 生理痛・生理不順
( ) うつ病	( ) てんかん	( ) 婦人科系疾患
( ) 対人関係不安	( ) ガン	( ) アレルギー
( ) 結核	( ) 骨折	( ) 花粉症
( ) 糖尿病	( ) 甲状腺障害	( ) その他

# 自律神経チェックシート

- 疲れが取れない
- よく不安になる
- 習慣的に頭痛がある
- 朝、起きると肩や顎に力が入っている
- 起きる時、立ち上がる時に立ちくらみがある
- 1日の中で胸がドキドキすることがある
- 日差しや車のヘッドライトを眩しく感じる
- 習慣的な便秘、下痢（または両方）がある
- 胃の不調や胸焼けがする
- 水分を取っているがあまりおしっこが出ない
- 日常生活で緊張やイライラすることが多い
- や目が乾く
- やる気がでない
- 体がだるくなることが多い
- よだれがよく出る
- 寝過ぎてしまう
- ボーっとすることがよくある
- 1箇所でも頭や手足が火照る
- 呼吸器疾患でお薬を服用している
- 抗うつ剤や安定剤を服用している

あなたはいくつ当てはまりますか？