

オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ①

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

※赤枠内は必須項目です

- 検査前8時間以上絶食 : した ・ していない
していない場合：() 時間前 ・ 摂取物 ()
- 身体特徴 : 身長 () cm 体重 () kg ※身長・体重の記載がない場合は、BMIのグラフは表示されません
- 女性のみ : 最近の生理開始 () 週間前 閉経後の場合：閉経した年齢 () 歳
妊娠中の場合 () 週目 授乳中 (はい ・ いいえ)
出産した回数： () 回 出産時期： ()

改善したい症状や病気：改善したい症状や病気を、簡単にお書きください。
未記入の場合は「栄養不足チェック」とさせていただきます。

病状/病名 : 発症時期 (年齢) :

状況 (治療方法・現在の状態) :
.....
.....

病状/病名 : 発症時期 (年齢) :

状況 (治療方法・現在の状態) :
.....
.....

既往歴 (ご本人)

症状/病名 :	症状/病名 :
時期 (年齢) :	時期 (年齢) :
手術の有無 : なし ・ あり	手術の有無 : なし ・ あり
治療内容 : (「あり」の場合)	治療内容 : (「あり」の場合)

既往歴 (ご家族) : ○をしてください。() に続柄をご記入ください。

脳卒中 : いない ・ いる ()	痛風 : いない ・ いる ()
高血圧 : いない ・ いる ()	肝臓病 : いない ・ いる ()
心疾患 : いない ・ いる ()	癌 : いない ・ いる ()
糖尿病 : いない ・ いる ()	精神疾患 : いない ・ いる ()
その他 : 疾患名 () 続柄 ()	

アレルギー : ○をしてください。() に詳細をご記入ください。

薬品アレルギー : なし ・ ある ()
食物・その他アレルギー : なし ・ ある ()

感染症の有無 : ○をしてください。

HIV : なし ・ ある ・ わからない
B型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない
C型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない
その他 : なし ・ ある (疾患名:)

クリニック名称:

担当:

オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ②

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名：

【生活習慣】：あてはまるところに○をつけてください。また()に記入してください。

飲食	1 食事量・頻度	・正しく	・普通	・偏る	・ひどく偏る			
	2 間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般	・摂らない	・時々	・摂る	・多い			
	3 食欲	・ある	・普通	・ない				
	4 1日の食事の回数	・3	・2	・1	・不規則			
	5 1回の食事にかかる時間	・長い	・普通	・短い	・不規則			
	6 1回の食事量	・適量	・満腹気味	・不足気味				
	7 朝食	・摂る	・摂らない	・不規則				
	8 夕食から就寝までの時間	0	1	2	3	4	5	6
	9 外食	・しない	・する					
	10 (外食を)「する」の場合	()	回/週	以上				
	11 清涼飲料水	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	12 甘いもの・お菓子	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	13 糖質類(ご飯・麺・パンetc)	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	14 ファストフード	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	15 標準体重の維持	・している	・していない					
睡眠	1 寝付き	・良い	・普通	・悪い	・ひどく悪い			
	2 目覚め	・良い	・普通	・悪い				
	3 夜中に起きる	・起きない	・時々起きる	・よく起きる				
	4 平均睡眠時間	()	時間/日					
	5 就寝時間	・規則的	・不規則					
運動		・している	・していない					
		運動名()	頻度()					
喫煙		・吸わない	・吸う					
			本数()	本/日				
飲酒		・飲まない	・飲んでいた	・飲む	・多い			
	ビール() ml ()	回/週以上、	日本酒() ml ()	回/週以上				
	焼酎() ml ()	回/週以上、	ワイン() ml ()	回/週以上				
		その他：()						
常用薬		・ない	・ある					
		「ある」の場合、薬品名		()				
糖質摂取管理(該当する項目にチェックを入れてください)								
1	砂糖について(砂糖入り菓子、スナック菓子、ジュース、100%野菜ジュース等)	・毎日食べる	・週に5~6回食べる	・週に3~4回食べる	・週に1~2回食べる	・全く食べない		
2	精製された製品(白米・煎餅・白い小麦粉でできたうどんやラーメン、パン等)	・毎日食べる	・週に5~6回食べる	・週に3~4回食べる	・週に1~2回食べる	・全く食べない		
3	食事の他に補食を摂っていますか?	・はい	・いいえ	「はい」の場合の種類()				
摂取中のサプリメント		・ない	・ある	・クリニック処方のみ				
	*2回目以降の方はページ④にお書きください。	「ある」の場合、名称		()				
その他	1 意識的に健康管理している	・はい	・いいえ					
	2 子供の頃肥満だった	・はい	・いいえ					
	3 その他の生活習慣	()						

**オーソモレキュラー栄養療法
解析情報シート ③**

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名：

【自覚症状】：あてはまるところに○をつけてください。

1	立ちくらみ、めまいがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛、頭重（偏頭痛）がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
3	顔色が悪い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
4	目がよく疲れたり痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯肉の出血がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
6	口内炎ができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
7	のどの不快感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ、鼻水、目が痒くなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中に乾燥感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰がでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈・動悸・息切れがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
12	体を動かすと胸が痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
13	胸やけや吐き気（嘔吐・嘔気）がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢をしやすい	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
15	食物がのどや胃にもたれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	便秘をする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	手足がしびれる、手足の感覚が鈍い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	手足が冷える、しもやけになる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	起床時、手指がこぼる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	しっしんがでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	爪が割れる、はがれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ・じんましんがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	疲れる・よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	体にアザができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ。クーラーが苦手である	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる（発熱）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき・顔が熱くなる（ほてる）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、目瞼がむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらない事にくよくよしたり憂鬱・不安になる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？	充実	ほぼ充実	平凡	沈みがち
39	イライラしたり、怒りっぽくなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	対人関係がうまくいかず、つらいと感じる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	(女性のみ)生理不順がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	(女性のみ)生理痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	(女性のみ)生理前に気分の変調がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい

クリニック使用欄（特記すべき経過など。解析の参考にします。）

クリニック名称：

担当：

オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ④

(2回目以降の方)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名：

症状の変化と現在の問題点

a. 治療前にもっともつらい症状はどのような症状でしたか？ 1つをお書きください。

()

b. その症状の、治療前の程度を「10」としたとき、現在はどこまで改善しましたか？
下のスケールに○をつけてください。



c. 現在ある症状はどのようなものですか？ 辛い順に3つをお書きください。

()
 ()
 ()

サプリメントの摂取状況、お食事について

①前回の検査後から現在まで、サプリメントを飲んでいますか？ にチェックを入れてください。

当院が提供したサプリメントを飲んでいる。

●前回の検査以降、1日に飲んでいる量を記入してください。

- | | |
|--------------------|----------------------|
| ・プロテインPeaX () 杯 | ・プロテインSoyX () 杯 |
| ・必須アミノ酸-X () 包 | ・BCAA () 包 |
| ・グルタミン ビオ () 粒 | ・A10000ミセル () 粒 |
| ・レチノールミセル () 粒 | ・NB-X () 粒 |
| ・NB-X Kids () 粒 | ・ナイアシンアミド250 () 粒 |
| ・葉酸+B12 () 粒 | ・C250+αリポ酸 () 粒 |
| ・C1000+B () 包 | ・イムノC () 包 |
| ・D5000 ミセル () 粒 | ・E200ミセル () 粒 |
| ・A・D・E・K ミセル () 粒 | ・ビタミンクスコンプリート () 包 |
| ・uDHA ミセル () 粒 | ・EPAγリノ ミセル () 粒 |
| ・ヘム鉄 () 粒 | ・ヘム鉄4.5 () 粒 |
| ・亜鉛 () 粒 | ・カルシウム&マグネシウム () 粒 |
| ・マグネシウム () 包 | ・コエンザイムQ10 ミセル () 粒 |
| ・オリーブX () 粒 | ・グルコラロイチンMB () 包 |
| ・イソフラボンX () 粒 | ・イチョウ葉&Nキナーゼ () 粒 |
| ・その他 () | |

当院が提供した以外のサプリメントを飲んでいる。

サプリメントは飲んでいない。

②指導された食事制限をしましたか？ (○をつけてください)

した ・ しなかった

クリニック名称：

担当：

オーソモレキュラー栄養療法 消化管チェック情報シート

ID: _____ 氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日: _____ 年 月 日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。《すべて必須》

- ・チェックポイント解説
- 「ない・減多にない」・・・症状が起きる頻度は1ヶ月に数回程度かそれ以下。症状があったとしても生活に支障をきたすほどではない
- 「たまにある」・・・症状はストレス、食事、疲労、あるいはその他特定できる要因と関連して発症する
- 「度々ある」・・・症状が1週間に2～3回ある
- 「頻繁にある」・・・症状が1週間に4回以上起こる。もしくは定期的に起こる

1	食後に胃もたれを起こしたり、食べたものが逆流（胸焼けなど）したりする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
2	食後に過剰にげっぷが出る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
3	食事中あるいは食後に胃や腹部の痙攣（けいれん）が生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
4	食事中あるいは食後に胃もたれ、不快な満腹感や腹部膨満感を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
5	口の中に不快な味が残る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
6	少量食べただけで、満腹になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
7	食欲が無いため食事を抜いたり、食生活が不規則である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
8	食べ物のことを考えたりあるいは料理の臭いがきつかったりすると、消化管の不快症状が悪化したり、お腹が痛くなったりする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
9	十分な食事をしても、食後1～2時間で空腹感を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
10	食後の腹痛あるいは胃の灼熱感（焼ける様な痛み）が1～4時間続く	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
11	腹痛や胃の灼熱感が起きるが、それらは炭酸飲料、牛乳や乳飲料の摂取あるいは制酸剤の服用によって軽減する	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
12	胸の下部に焼けるような感覚を感じる（特に横になった時あるいはかがんだ時）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
13	忙しかったり、ストレスを感じたりすると消化不良を生じる	いいえ	はい		
14	辛いもの、油っぽいもの、チョコレート、コーヒー、アルコールあるいは柑橘類を摂ると腹痛や胃のむかつきを起こす	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
15	食べると吐き気がする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
16	食べ物や飲み物を飲み込むのが困難あるいは痛みを生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
17	左上腹部（肋骨のすぐ下）をマッサージするとヒリヒリした痛みや圧痛を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある

オーソモレキュラー栄養療法 消化管チェック情報シート

ID: _____ 氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日: _____ 年 月 日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。 《すべて必須》

18	食後2~4時間後に膨満感、満腹感、あるいは腹部の緊張感がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
19	腹部に不快感があるが、おならや排便後に軽減される	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
20	特定の食べ物や飲み物によって消化不良を起こす	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
21	1日の内で便の硬さあるいは形状が変わる（例：細い、ゆるい等）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
22	便が臭く大変気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
23	便に未消化の食べ物が混ざっている	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
24	1日に3回以上排便がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
25	頻繁に下痢（水様便）をする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
26	食べた直後（1時間以内）に排便がある（便秘である）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
27	食べた直後（1時間以内）に排便がある（軟便・下痢である）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
28	大腸（下腹部）に不快感や痛み、あるいは痙攣が起きる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
29	精神的ストレスあるいは生野菜や果物の摂取により、膨満感、痛みまたはおなかの張りを生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
30	大抵便秘している（あるいはいきまないと便が出ない状態）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
31	便の量が少なく、固くてコロコロ便である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
32	便に粘液が混じっている	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
33	便秘と下痢を繰り返している	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
34	直腸部分に一過性の痛み、痒みまたは痙攣を起こすことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
35	便意を催さない	いいえ	はい		
36	常に排便したい感じがある（残便感）	いいえ	はい		