

栄養採血問診票（再診用）

記入日： 年 月 日

ID:	氏名:	身長 () cm	体重 () kg (測定日 月頃)
性別: 男・女	生年月日: 年 月 日	ご職業/学年	(学校名)

●検査前8時間以上の絶食: (した ・ してない)
 していない場合 () 時間前 摂取したもの ()

●女性のみ : 生理開始時期 () 才 最近の生理開始 () 週間前
 生理期間 () 日間 生理の経血量 (多い ・ ふつう ・ 短い)
 生理周期 定期的 () 日間 ・ 不定期

●栄養療法で改善した症状、良くなったこと

●現在のつらい症状、まだ改善したい状態、さらに良くなりたいこと

●昨日の食事を教えてください (1. だいたい通常と同じ食事だった 2. 通常とは違う食事だった)

朝食 (:)	間食	昼食 (:)	間食	夕食 (:)	間食

●現在飲んでいるサプリメント・健康食品をわかる範囲でご記入ください

※当院以外のサプリメントを服用中の方は必ずメーカー名を記載してください。

(会社名)	種類・製品名	1日量(粒数、mg など)	目的	いつから
()				
()				
()				
()				
()				
()				

●現在内服しているお薬

前回より変更なし(未記入可) お薬手帳あり(提示した場合未記入可) 内服薬なし

●前回より追加になった症状/病気/アレルギー(食物/薬品)

前回より追加なし(未記入可)

●前回より変化した生活習慣、生活環境、食習慣

前回より追加なし(未記入可)