

3. 現在の状態

- * 食事は? : よく食べられる まあまあ ほとんど食べられない
- * 便通は? : 毎日ある _____日に1回
- * 月経は? (女性の方のみ) : 順調 不順 妊娠の可能性がある
- * たばこは? : はい (1日に 本位、 年間) いいえ
- * アルコールは? : はい (1日に _____を _____位、 年間) いいえ
- * コーヒーをのみますか? : はい (1日に _____杯位、 年間) いいえ
- * 薬や食べ物でアレルギー (じんましんなど) がでたことがありますか? :
 ある (内容: _____) ない
- * いつものんでいる薬がありますか? :
 はい (薬の名前・種類: _____) いいえ
- * 睡眠薬を服用していますか? :
 はい (_____という薬を _____位前から) いいえ 時々

4. 睡眠時間は通常何時から何時までですか? :

- 【平日】 _____時から_____時まで 【休日】 _____時から_____時まで
- 昼寝はしますか? : はい (時間位) いいえ 時々
- 睡眠時間は規則正しいほうですか? : はい いいえ
- 夜勤はありますか? : はい (_____日に1回位) いいえ
- 職業はなんですか? :

5. 寝つきはよいですか? : よい 悪い (時間位寝つくのにかかる)

- 夜中に眼がさめますか? : さめる (回位) さめない
- 朝はすっきり起きられますか? : はい いいえ

6. その他相談したいことがあれば書いてください

- * 最後に京谷クリニックを受診された経緯を教えてください

ほかの病院からの紹介	患者さんからの紹介	パンフレットを見て
新聞・雑誌・テレビなどを見て	看板を見て	インターネットを見て