

記入日： 年 月 日

味覚問診票

氏名： _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日生 (_____ 歳)

身長： _____ cm 体重： _____ kg たばこ： 吸う ・ 吸わない

1. 味覚の異常について

味覚に異常を感じたのはいつ頃からですか。 ⇒ (_____ 年 _____ 月) 頃から

味覚の異常は何によるものかと思えますか。思い当たることがありましたらご記入下さい。

⇒ (_____)

2. 味覚異常の症状について

当てはまるものを下記から選んで○をつけて下さい。 複数回答可。

(味を感じない ・ 口の中が苦い ・ 味を正しくわからない ・ 口の中が渴く ・

舌がピリピリ ピリピリする ・ その他： _____)

3. 味覚異常の治療について

味覚異常について治療や指導を受けたことはありますか。

⇒ はい (いつ頃： _____ 内容： _____) ・ いいえ

4. 食事について

1日の食事回数は何回ですか。 (_____) 回/日

体重減少を目的とした食事摂取制限をしていますか。 ⇒ はい ・ いいえ

食事で気にしていること・心配なことがありましたらご記入下さい。

⇒ (_____)

5. 来院前4週間間に風邪をひきましたか。

はい⇒ (いつ頃： _____) ・ いいえ

6. 今までに以下の病気にかかったことがありますか、または治療中の病気はありますか。○をつけて下さい。

心臓の病気 ・ 肝臓の病気 ・ 腎臓の病気 ・ 血液の病気 ・ 悪性腫瘍 ・ 甲状腺機能障害 ・

遺伝子の病気 ・ 糖尿病 ・ 神経障害 ・ 精神の病気 (うつ病等) ・ 鼻の病気

耳の病気 (中耳炎) ・ 口/唾液の病気 ・ 貧血 ・ 脳の病気 ・ 不眠症

その他 (_____)

<裏面もご記入ください。>

7. 過去に、胃・十二指腸・小腸の手術を受けたことがありますか。

はい⇒（病名または手術名： _____ ） ・ いいえ

8. 来院前4週間以内のお薬について

服用したお薬はありますか。

はい⇒（お薬の名前： _____ 　いつ頃： _____ ） ・ いいえ

9. 現在、使用中のお薬はありますか。

はい⇒（お薬の名前： _____ 　いつ頃： _____ ） ・ いいえ

10. 今までにお薬でアレルギーを起こしたことがありますか。

はい⇒（お薬の名前： _____ ） ・ いいえ

11. 現在、サプリメントを服用していますか。

はい⇒（サプリメントの名前： _____ ） ・ いいえ

はいの方のみ⇒ 医師の指導によるものですか。 ⇒ _____ はい ・ いいえ

12. 妊娠中または妊娠している可能性はありますか。又は現在、授乳中ですか。 _____ はい ・ いいえ

13. 治療中の病気以外に、よく起こる症状はありますか _____ はい ・ いいえ

花粉症⇒（お薬： _____ 内服薬・点眼・点鼻・その他 _____ ）

月経痛⇒（お薬： _____ ）

頭痛 ⇒（お薬： _____ ）

胃もたれ・胃痛など⇒（お薬： _____ ）

便秘・下痢⇒（お薬： _____ ）

その他（ _____ ）

14. 現在、通院中の病院はありますか。

はい⇒（病院名 _____ ） ・ いいえ

通院の理由はなんですか。（ _____ ）

ご回答ありがとうございました。上記以外に、気になる症状やご質問がありましたらご記入ください。