

# P.R.A 検査申込書 兼 同意書

私は下記の内容に同意し、PRA検査を受けたく申込をいたします。

私は検査の結果、又は検査に基づく処方水を飲用すること等から得られた結果について一切の異議申し立てをいたしません。

年 月 日 氏 名

印

氏 名		ヨミガナ		紹介者	
性 別	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	年 月 日	歳 結 婚	<input type="radio"/> 未・ <input type="radio"/> 既
現住所	〒:				FAX
送付先	<input type="radio"/> 同上・ <input type="radio"/> その他 〒:				TEL①
E-mail					TEL②

【 季節に合わせた身体と過ごし方、万井医院関連の企画などのご案内等のメール配信を希望しますか？ 要・不要 】

### 現在の身体 の 状 況

1	体 質	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 痩せ型 <input type="radio"/> ぽっちゃり(肥満型) <input type="radio"/> 痩せ型で締まっている <input type="radio"/> がっちり(多血型)
2	特 質	<input type="radio"/> 特になし <input type="radio"/> 冷えがある <input type="radio"/> アレルギー体質 <input type="radio"/> 元気がない <input type="radio"/> 精神的な不調がある
3	体 温	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 体温が低い <input type="radio"/> 微熱 <input type="radio"/> 高熱
4	血 圧	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 高血圧 <input type="radio"/> 低血圧 <input type="radio"/> 不整脈
5	大 便	<input type="radio"/> 殆ど毎日排便 <input type="radio"/> 便秘気味 <input type="radio"/> 下痢気味 <input type="radio"/> 残便感
6	小 便	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 量が多い <input type="radio"/> 量が少ない <input type="radio"/> 残尿感 <input type="radio"/> 排尿異常 <input type="radio"/> 排尿痛 <input type="radio"/> 血尿 <input type="radio"/> 糖尿病 <input type="radio"/> 頻尿
7	皮 膚	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> じんま疹 <input type="radio"/> 乾燥 <input type="radio"/> 湿疹 <input type="radio"/> ニキビ <input type="radio"/> 水虫 <input type="radio"/> アトピー <input type="radio"/> かゆみ
8	浮 腫	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 全身むくみ <input type="radio"/> 手むくみ <input type="radio"/> 下肢むくみ <input type="radio"/> 顔むくみ
9	胃 腹	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> もたれる <input type="radio"/> 腹痛 <input type="radio"/> 胃痛 <input type="radio"/> むかつき <input type="radio"/> 吐き気 <input type="radio"/> 胸やけ <input type="radio"/> ゲップ <input type="radio"/> 吐血
10	食 事	<input type="radio"/> 食欲がある <input type="radio"/> 食欲減退 <input type="radio"/> 過食気味
11	睡 眠	<input type="radio"/> よく眠れる <input type="radio"/> 不眠 <input type="radio"/> ねむい
12	疲労度	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 疲れ易い <input type="radio"/> 疲れがひどい <input type="radio"/> 軽い疲れ <input type="radio"/> 慢性的疲労感 <input type="radio"/> 脱力感 <input type="radio"/> 精力減退
13	疼 痛	<input type="radio"/> 問題なし <input type="radio"/> 頭痛 <input type="radio"/> 肩痛(こり) <input type="radio"/> 胸痛 <input type="radio"/> 腰痛 <input type="radio"/> 上肢 <input type="radio"/> 下肢 <input type="radio"/> 股関節 <input type="radio"/> 腰痛 <input type="radio"/> 膝痛 <input type="radio"/> 足首 <input type="radio"/> 結石痛 <input type="radio"/> 首
14	心 肺	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 息切れ <input type="radio"/> 呼吸困難 <input type="radio"/> 動悸 <input type="radio"/> 心悸亢進 <input type="radio"/> 胸苦しい <input type="radio"/> 息が詰まる <input type="radio"/> 背中中の圧迫
15	目	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 視力減退 <input type="radio"/> 視力障害 <input type="radio"/> 眼精疲労 <input type="radio"/> 眼底出血
16	耳 鼻	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 耳鳴り <input type="radio"/> 耳垂れ <input type="radio"/> 耳痛 <input type="radio"/> 難聴 <input type="radio"/> 鼻汁 <input type="radio"/> 鼻詰 <input type="radio"/> 鼻痛 <input type="radio"/> 鼻血 <input type="radio"/> 耳詰まり感 <input type="radio"/> 花粉症
17	口舌唇	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> かわく <input type="radio"/> 口臭 <input type="radio"/> 口が苦い <input type="radio"/> 白舌 <input type="radio"/> 口内痛 <input type="radio"/> 歯肉出血 <input type="radio"/> 唾液が少ない
18	咽 喉	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 喉の渇き <input type="radio"/> 詰まる感じ <input type="radio"/> 異物感 <input type="radio"/> 扁桃腺が腫れやすい <input type="radio"/> 痰が詰まる <input type="radio"/> ゼイゼイ <input type="radio"/> 喘息
19	糖尿病	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 高血糖 <input type="radio"/> 尿糖 <input type="radio"/> 投薬治療中 <input type="radio"/> インスリン注射
20	婦人科	<input type="radio"/> 特に問題なし <input type="radio"/> 生理順調 <input type="radio"/> 生理不順 <input type="radio"/> 不妊症 <input type="radio"/> 生理痛強 <input type="radio"/> おりもの有り <input type="radio"/> 乳房の腫れ

### ＜生活習慣チェック＞

★以下の項目でチェックの数が多い方は何ヶ月か後に再度チェックすることをお勧めします。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> お酒をよく飲む、または週に何度か飲み過ぎている<br><input type="checkbox"/> タバコを吸う<br><input type="checkbox"/> 睡眠不足、夜更かしの傾向がある<br><input type="checkbox"/> 何かあるとすぐ医者に行く<br><input type="checkbox"/> 薬をよく飲む<br><input type="checkbox"/> いつも何かしらストレスとなる原因がある<br><input type="checkbox"/> 口呼吸をよくしている<br><input type="checkbox"/> 運動不足がある<br><input type="checkbox"/> 塩は天然塩ではないもの(食塩)を使用している<br><input type="checkbox"/> 強い電磁波を発生させる製品を身の回りで使用している<br>(電気カーペット・電気アンカ・携帯電話・電子レンジ・IHコンロなど) | <input type="checkbox"/> 素肌が出る服をよく着ている<br><input type="checkbox"/> 風呂に入らず、シャワーで済ます<br><input type="checkbox"/> 外食・コンビニ・スーパーなどの出来合いものをよく食べる<br><input type="checkbox"/> 揚げ物をよく食べる<br><input type="checkbox"/> 食べ過ぎる傾向がある<br><input type="checkbox"/> 食べるものに好き嫌いが多い<br><input type="checkbox"/> よく噛まない(一口15回未満)、早食いである<br><input type="checkbox"/> あまり野菜・果物を摂らない<br><input type="checkbox"/> 冷たいものをよく飲む(氷の入ったジュースなど)<br><input type="checkbox"/> 足を組む癖がある、またはいつも決まった方向に横になって寝る |
|---|--|

現在服用中の薬剤名	①		⑤
	②		⑥
薬剤・サプリメント名	③		⑦
	④		⑧

既往症・手術歴・現病歴	現在はどうな具合・症状ですか？