

健康セカンドオピニオン（聞き取り票）

記入日／ 年 月 日（ 曜日）

（聞き取り票）は、健康波動測定前データとして利用後、提携病院の初診時に担当医師へ提出します。

氏名 TEL

住所 〒

年齢 歳 性別 ☐男性 ☐女性

平均体温 °C 体重 kg 身長 cm

1日何食ですか？ 食 + 間食 ☐ある ☐ない

コンビニやスーパーマーケットをよく利用しますか？
☐はい ☐いいえ ☐時々

チョコレートなど、甘い物を1日にどのくらい食べますか？

コーラ、ポカリスエットなど清涼飲料水を飲む頻度は？
☐1日1本 ☐1日2本以上
☐1週間1本以上 ☐ほとんど飲まない ☐まるで飲まない

お酒、ビール、焼酎などをどの程度、お飲みになられていますか？
☐飲めない ☐飲む / ☐毎日 ☐時折
量の程度（ ）

平均睡眠時間は、何時間ですか？ 時間

就寝時間は何時頃ですか？ 時頃

持病／☐偏頭痛 ☐動悸・息切れ ☐肩こり・腰痛 ☐便秘
☐耳鳴り ☐めまい ☐冷え性 ☐アトピー
☐生理痛 ☐その他（ ）

現在、過去に、飲んでいる薬がありますか？ ☐ない ☐ある
↓薬名記入↓

薬名：☐現在 ☐過去

薬名：☐現在 ☐過去

薬名：☐現在 ☐過去

過去に大病をされたことがありますか？

現在の体調はどのようなですか？

御記入後、FAX送信してください。

FAX.03-5775-4878

（郵送）〒107-0051 東京都港区元赤坂 1-4-21 赤坂パレスビ 2F リン・グレイス 宛て