

栄養療法外来再診時の問診票

- ・継続しているサプリ、薬を記入してください。

- ・初診からの症状の変化の度合いをお答えください。
例)悪化 -100%~100% 改善 変化なし 0%

- ・初診時の症状以外で特に困っていることは何ですか？または治療開始後に新たに困ることが出てきましたか？

- ・前回お勧めしたプログラム(サプリや薬)は順調ですか？それとも計画の調整が必要ですか？

- ・治療計画の中で、推奨された生活習慣の改善は順調ですか？
☆食事(補食・腸内環境・甘い物・小麦粉・乳製品・カフェイン・その他)

☆睡眠(就寝時間の修正、夜間低血糖対策など)

その結果睡眠の質や睡眠時間は改善しましたか？

☆運動(ヨガや散歩など) 運動指導を受けていない方は書かなくて結構です。

☆その他の生活習慣の改善は順調か教えてください。

- ・診察内容または食事指導の内容についてご希望があればご記入下さい。

- ・ご質問や懸念事項があれば裏面にご記入ください。