

## 初診の患者様へ

- ◆ 診療申し込み書・問診票を印刷・記入してお持ちいただくか、下記のアドレスにデータでお送りください

メールアドレス：lukesashiya@icloud.com

～初診時にお持ちいただくもの～

- ☐ 保険証（各種受給者証）
- ☐ お薬手帳
- ☐ サプリメントを服用されている場合は内容がわかるもの
- ☐ これまでの検査データ  
（採血、CT、大腸内視鏡検査、胃カメラ、バイオロジカル検査、健診結果など）

～お願い～

- ☐ ご予約の30分前には来院してください
- ☐ キャンセル時は前日（前日が休診の場合は前々日）までにご連絡をください。  
（当日キャンセルはキャンセル料が発生します）
- ☐ 裸足で検査を行いますので脱ぎやすい靴下でご来院ください
- ☐ お支払いの際に各種クレジットカード（VISA・Master・AMEX・JCB）がご利用できます。

～お子様の受診をご検討されている方へ～

これまでの当院の経験から、発達の問題をお抱えのお子さんのみならず、親御様（多くの場合お母様）の心身のケアをさせていただくことで、お子様の治療がよりスムーズにいくケースが多いことから、親御様も当院を受診していただき、親御様も必要な治療、カウンセリングを受けていただきたいと考えています。つきましては、お子様の初診時に、親御様も受診をしていただくようお勧めする場合がございますのであらかじめご了承をお願いいたします。

～初めて受診いただく前に～

今お困りの症状について発祥の経緯や治療についてもお書きください。特に難病等で経過の長い患者様については、通常ですと診察に相当な時間を要しますが、必要な情報を予めいただくことで、よりスムーズに診察を受けていただけます。効果的な治療を実施するために必要な情報ですのでご協力をお願いいたします。

※ご来院までに当院のホームページをお読みいただき、コンセプトのご理解をお願いいたします。

～当院の診療について～

当院では、腸内環境を整える治療を通じて様々な症状の改善を目指しています。  
一部の治療は保険適用外となる場合がございます。この点について事前にご理解いただけますと幸いです。（混合診療は行っておりません）

～初診時の選定療養費（予約代）のお振り込みについて～

当院では内科初診の方には約1時間の診察時間を頂戴しております。費用は保険診察代に加えて選定療養費(予約代) 22,000円(5,500円/15分×4)を頂戴いたします。初診をお申し込みの場合は下記の問診を記入し送信していただき、予め選定療養費(予約代) 22,000円を下記にまでお振り込みください。問診票及び入金が確認できましたら受付よりお電話で連絡をさせていただき、受診の日程を調整させていただきます。＊1時間より短い時間での初診をご希望の際はご連絡ください。

【初診時の選定療養費(予約代)のお振込先】  
三菱UFJ銀行 姫路支店(店番号496) 普通口座 3780138 シロタニマサヒコ  
金額: 22,000円(振込手数料はご負担ください)

初診申込書

お名前	ふりがな						
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日
年齢	才	身長	cm	体重	Kg		
性別	男・女	妊娠	有・無	血液型	型		
ご住所	ふりがな						
	〒						
電話番号 (ご自宅)							
電話番号 (携帯)							
電話がつながり やすい時間帯	いつでも・午前中・14～16時・16～18時						
メールアドレス							
受診希望曜日	火・水・木・金・土・日						

この診療所をお知りになったのは？	1、知人の紹介（ご紹介者名： ） 2、ホームページ 3、SNS（Facebook、Instagram、X（旧Twitter）） 4、看板・通りすがり 5、当院スタッフの紹介 6、講演会等（講演会名： ） 7、チラシ・パンフレット 8、その他（ ）
当院を検索された際のキーワードは？	1、過敏性腸症候群（IBS） 2、小腸内細菌異常増殖症（SIBO） 3、潰瘍性大腸炎（UC） 4、クローン病（CD） 5、腸内フローラ移植（FMT） 6、副腎疲労 7、分子栄養学 8、発達障害 9、自閉スペクトラム症（ASD） 10、その他（ ）

## 問診票

◆ 今お困りの症状について（当てはまるものにチェックを入れてください）

- ☐ 特になし
☐ 腹部の張り・ガス
☐ 便秘
☐ 下痢
☐ 吐気
☐ 疲れやすい
☐ 眠れない  
☐ 朝起きれない
☐ しんどい
☐ 動けない
☐ 発達が気になる
☐ 血圧が高い、低い
☐ 頭痛  
☐ しびれ
☐ 血糖が高い
☐ 体の痛み
☐ 口臭が気になる
☐ 体臭が気になる

その他



◆ その症状の経過

◆ これまでの治療内容

◆ 既往歴

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ がん ☐ 心疾患 ☐ 脳疾患

その他

◆ 家族歴

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ がん ☐ 心疾患 ☐ 脳疾患

その他

◆ アレルギー歴

☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 鼻炎 ☐ 花粉症 ☐ 薬剤 ☐ 食物

その他

◆ 歯・口腔内について

・噛み合わせで気になることはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

はいにチェックを入れた方は詳細をご記入ください。

・歯並びで気になることがありますか？

☐ はい ☐ いいえ

はいにチェックを入れた方は詳細をご記入ください。

・口腔内細菌の乱れが、腸内細菌の乱れにもつながることをご存知ですか？

☐ はい ☐ いいえ

・歯周病が全身の病気の原因となることをご存知ですか？

☐ はい ☐ いいえ

・口臭が気になりますか？

☐ はい ☐ いいえ

・口腔内環境のチェックも希望されますか？

☐ はい ☐ いいえ

その他、担当医師に伝えておきたいことがあればお書きください。