

Q.R.S テスト申込書（同意書）

万井 医院

年 月 日

院長 _____ 万井 正章 殿

私は、QRS量子共鳴分析器によるテストを受けたく
申し込みをいたします。

QRSによるテストを受けるに当たり私は、
QRSテストの結果または、当該テストに基づく
情報水を飲用すること等から得られた結果について
一切の異議申立てをしません。

〒

住所： _____

フリガナ

氏名： _____ 印

TEL： _____ FAX： _____

メールアドレス： _____ @ _____

| | | | | | |
|-------|-----|------|-------|------|--------|
| 加テNo. | | グループ | | 紹介者 | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | 歳 結婚 | 未・既 職業 |
| 連絡先 | | | | | TEL |
| 送薬先 | | | | | FAX |

| 患 部 | 病 状 |
|--------|---|
| 1 体 格 | 1.筋肉質 2.痩せ型 3.普通 4.水肥り 5.脂肪肥り |
| 2 体 質 | 1.風邪を引きやすい 2.冷え性 3.アレルギー-体質 4.アサが出来やすい 5.黄疸症 6.被害妄想 7.感情の高揚 8.自信喪失 9.性欲不振 10.顔面蒼白 11.ひきつけ 12.元気が無い 13.憂鬱 14.幻覚 15.妄想 16.拒食 17.幻聴 |
| 3 熱と汗 | 1.微熱 2.高熱 3.寒気がする 4.熱と寒さが交互にくる 5.寝汗をかく 6.発熱 7.多汗 |
| 4 疲労度 | 1.疲れがひどい 2.軽い疲れ 3.精力減退 4.疲れ易い 5.目覚めが悪い 6.脱力感 |
| 5 血 圧 | 1.普通 2.高い 3.低い 4.下がらない 5.貧血 |
| 6 浮 腫 | 1.全身むくみ 2.手 3.足 4.顔 5.目 6.弾力(有・無) 7.心拍数の不安定 8.リンパ腺腫 |
| 7 睡 眠 | 1.眠れる 2.不眠 3.ねむい |
| 8 大 便 | 1.出る 2.出ない 3.便秘気味 4.下痢気味 5.残便感 |
| 9 小 便 | 1.多い 2.少ない 3.普通 4.残尿感 5.出しぶる 6.排尿痛 7.血尿 8.糖尿病 9.頻尿 10.タンパク尿 11.膿が出る 12.寝小便 13.膀胱痛 14.排尿異常 15.尿のにごり |
| 10 頭 | 1.頭痛 2.頭重 3.のぼせ 4.目眩 5.立ち眩み 6.力が多い 7.意識障害 8.麻痺・発作 9.失語症 10.赤ら顔 11.髪が白くなる 12.忘れっぽくなる 13.脱毛症 |
| 11 目 | 1.充血 2.眩しい 3.涙が出る 4.かすむ 5.痛む 6.目ヤニが多い 7.視力減退 8.中心部が見えにくい 9.視力障害 10.白く濁っている 11.視野が狭い 12.黒目の白濁 13.目が重い 14.眼精疲労 15.眼底出血 16.目がかゆい |
| 12 耳 鼻 | 1.耳鳴り 2.耳垂れ 3.耳痛 4.難聴 5.鼻汁 6.鼻詰 7.鼻痛 8.鼻血 9.耳詰まり感 |
| 13 口舌唇 | 1.かわく 2.口臭 3.口が苦い 4.白舌 5.喉の渇き 6.小さな水泡 7.粘膜の腫れ 8.浅い潰瘍 9.口内痛 10.歯肉出血 |
| 14 咽 喉 | 1.詰まる感じ 2.異物感 3.声がれ 4.扁桃腺が腫れやすい 5.泡のような痰 6.せせい |
| 15 咳 痰 | 1.咳が強い 2.顔を赤くして咳き込む 3.痰が切れにくい 4.血が混ざる |
| 16 胸脇型 | 1.こり(背・首筋) 2.胸痛 3.胸苦しい 4.胸がつかえる 5.背中が冷える 6.背中が熱い 7.右肩こり 8.背中への圧迫感 |
| 17 心 臓 | 1.息切れ 2.呼吸困難 3.動悸 4.心悸亢進 5.息が詰まる 6.背中への圧迫 |
| 18 胃 腹 | 1.もたれる 2.つかえる 3.胃痛 4.むかつき 5.吐き気 6.胸やけ 7.ゲップ 8.水が溜まる 9.食欲不振 10.腹に力が無い 11.シコリがある 12.下腹部が張る 13.脇腹が張り重苦しい 14.腹痛 15.ガスが溜まる 16.右上腹部の痛み 17.空腹感 18.多食 19.空腹時の鋭い痛み 20.腹鳴り 21.吐血 22.みぞおち 23.胃が重い |
| 19 腰 | 1.冷える 2.ほてる 3.しびれる 4.むくみ 5.腰痛 |
| 20 手 | 1.冷える 2.ほてる 3.しびれる 4.むくみ 5.筋肉痛 6.関節炎 7.麻痺 8.わきの下の悪臭 |
| 21 足 | 1.冷える 2.ほてる 3.しびれる 4.むくみ 5.筋肉痛 6.関節炎 7.麻痺 8.ふくらはぎの痛み |
| 22 皮 膚 | 1.ジンマ疹 2.湿疹 3.水虫 4.ニキビ 5.たむし 6.しみ 7.小水泡 8.乾燥 9.歯肉 10.皮下出血 11.かゆみ 12.かぶれ 13.いぼ 14.割れ目 15.指紋が無くなる |
| 23 婦人科 | 1.生理順調 2.生理不順 3.不妊症 4.生理痛強 5.おりもの有り 6.乳房の腫れ 7.乳房のしこり 8.月経過多 9.不正性器出血 10.無月経 11.外陰部のかゆみ |
| 24 陰肛門 | 1.かゆい 2.痛い 3.ただれている 4.痔ろう 5.いぼ痔 6.切痔 7.脱肛 8.性交不能 |

| | |
|-----|---------------|
| 病 名 | 症状・体調など(具体的に) |
| | |

病 歴 等 に つ い て

1. 血のつながった家族・親族(両親、兄弟姉妹、祖父母、おじ、おば等3親等以内)の中に次の病気にかかった人はいますか？

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|----------|----|-------|----|-------|----|----------|----|----------|
| 病 名 | はい | 病 名 | はい | 病 名 | はい | 病 名 | はい | 病 名 | はい | その他まねな病気 |
| 脳 卒 中 | | 喘 息 | | 慢性肝炎 | | 糖 尿 病 | | 慢性関節リウマチ | | |
| 心 臓 病 | | 結 核 | | 肝 硬 変 | | 貧 血 | | が ん | | |
| 高 血 圧 | | 胃・十二指腸潰瘍 | | 腎 臓 病 | | 血 液 病 | | | | |
| | | | | | | | | | | |

2. あなたご自身は、次の薬剤を常用してありますか？

| | | | | | | | |
|--------|----|--------|----|-----------|----|------------------|----|
| 薬 剤 名 | はい | 薬 剤 名 | はい | 薬 剤 名 | はい | 薬 剤 名 | はい |
| 糖尿病の薬 | | うつ病の薬 | | 喘息の薬 | | 貧血の薬 | |
| 痛風の薬 | | てんかんの薬 | | 胃・十二指腸潰瘍剤 | | 副腎皮質ホルモン剤(ステロイド) | |
| 高脂血症の薬 | | 利尿剤 | | 肝臓の薬 | | 漢方薬 | |
| 睡眠剤 | | 不整脈の薬 | | 甲状腺の薬 | | その他の薬 | |
| 精神安定剤 | | 高血圧の薬 | | リウマチの薬 | | 栄養補助食品(サプリメント) | |

3. あなたご自身は、これまでに次の病気にかかったことや、手術をうけたことがありますか？

| 病 名 | ある | 治療中 | 手術 | 病 名 | ある | 治療中 | 手術 | 病 名 | ある | 治療中 | 手術 |
|-----------|----|-----|----|------------|----|-----|----|-------------|----|-----|----|
| 循環器 | | | | 腎臓 | | | | 神経 | | | |
| 狭心症 | | | | 腎盂炎 | | | | 三叉神経痛 | | | |
| 心筋梗塞 | | | | 腎 炎 | | | | パーキンソン症候群 | | | |
| 不整脈 | | | | 泌尿器 | | | | てんかん | | | |
| 先天性心疾患 | | | | ネフロ - ゼ | | | | うつ病 | | | |
| 低血圧 | | | | 膀胱炎 | | | | 椎間板ヘルニア | | | |
| 高血圧 | | | | 腎結石(尿管結石) | | | | 四十肩・五十肩 | | | |
| 呼吸器 | | | | 前立腺肥大 | | | | 腰痛症 | | | |
| 肺炎 | | | | 皮膚 | | | | 変形性膝関節症 | | | |
| 慢性気管支炎 | | | | アトピー性皮膚炎 | | | | 変形性股関節症 | | | |
| 気 胸 | | | | 水 虫 | | | | 先天性股関節症 | | | |
| 胸膿炎 | | | | 慢性関節リウマチ | | | | 骨折(最近数ヶ月以内) | | | |
| 気管支拡張症 | | | | 全身性エリマトーデス | | | | 白内障 | | | |
| 膿 胸 | | | | シェーグレン症候群 | | | | 緑内障 | | | |
| 喘 息 | | | | リウマチ熱 | | | | 眼底出血 | | | |
| 結 核 | | | | その他の膠原病 | | | | 網膜剥離 | | | |
| 消化器 | | | | アレルギー | | | | 中耳炎 | | | |
| 食道静脈瘤 | | | | じん麻疹 | | | | 難 聴 | | | |
| 胃潰瘍 | | | | 鼻アレルギー | | | | 蓄膿症 | | | |
| 十二指腸潰瘍 | | | | 花粉症 | | | | 鼻 茸 | | | |
| 慢性胃炎 | | | | 薬疹が出た事が有る | | | | 声帯ポリ - プ | | | |
| 胃ポリ - プ | | | | 内 科 | | | | 胃がん | | | |
| 過敏性大腸炎 | | | | 甲状腺疾患 | | | | 肺がん | | | |
| 潰瘍性大腸炎 | | | | バセドウ病 | | | | 大腸がん | | | |
| 大腸ポリ - プ | | | | 橋本病 | | | | 子宮がん | | | |
| 腸閉塞 | | | | 糖尿病 | | | | 乳がん | | | |
| 細菌性食中毒 | | | | 高脂血症 | | | | その他のがん | | | |
| 痔 | | | | 痛 風 | | | | 子宮筋腫 | | | |
| 肝臓 | | | | 貧 血 | | | | 子宮内膜症 | | | |
| A型肝炎 | | | | 紫斑病 | | | | 子宮頸管ポリ - プ | | | |
| B型肝炎 | | | | 多血症 | | | | 卵巣嚢腫 | | | |
| C型肝炎 | | | | 鼻出血 | | | | 乳腺腫 | | | |
| 慢性肝炎 | | | | 自律神経失調症 | | | | 更年期障害 | | | |
| 肝硬変 | | | | 不眠症 | | | | その他の婦人病 | | | |
| アルコール性肝障害 | | | | メニエール症状 | | | | その他の病気 | | | |
| 肝障害(原因不明) | | | | 脳梗塞 | | | | | | | |
| 胆臓 | | | | 脳出血 | | | | | | | |
| 胆石 | | | | 顔面神経麻痺 | | | | | | | |
| 胆のう炎 | | | | 顔面けいれん | | | | | | | |
| 膵臓 | | | | まぶたのけいれん | | | | | | | |

4. 3の質問で、糖尿病、胆石、腎結石(尿管結石)があると答え頂いた方に詳しくお尋ねします。

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>質 問 事 項</th> <th>はい</th> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値が 140mg/d l 以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td>境界型代謝障害(IGT)(糖負荷テストの結果)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>糖尿病型代謝障害(糖負荷テストの結果)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>詳しくは、わからない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>疼痛発作の経験</td> <td>なし 1回 2回 3回以上</td> </tr> <tr> <td>疼痛発作の頻度</td> <td>なし 1回/年 2回/年 3回以上/年</td> </tr> <tr> <td>(痛みのある方)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>質 問 事 項</td> <td>はい</td> </tr> <tr> <td>胆のう摘出手術を受けた</td> <td></td> </tr> </table> | 質 問 事 項 | はい | 空腹時血糖値が 140mg/d l 以上 | | 境界型代謝障害(IGT)(糖負荷テストの結果) | | 糖尿病型代謝障害(糖負荷テストの結果) | | 詳しくは、わからない | | 疼痛発作の経験 | なし 1回 2回 3回以上 | 疼痛発作の頻度 | なし 1回/年 2回/年 3回以上/年 | (痛みのある方) | | 質 問 事 項 | はい | 胆のう摘出手術を受けた | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>質 問 事 項</th> <th>はい</th> </tr> <tr> <td>食事・運動などの自己管理をしている</td> <td></td> </tr> <tr> <td>内服療法(血糖降下剤)をしている</td> <td></td> </tr> <tr> <td>インスリン療法をしている</td> <td></td> </tr> <tr> <td>疼痛発作の経験</td> <td>なし 1回 2回 3回以上</td> </tr> <tr> <td>疼痛発作の頻度</td> <td>なし 1回/年 2回/年 3回以上/年</td> </tr> <tr> <td>(痛みのある方)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>質 問 事 項</td> <td>はい</td> </tr> <tr> <td>腎摘出手術を受けた</td> <td></td> </tr> </table> | 質 問 事 項 | はい | 食事・運動などの自己管理をしている | | 内服療法(血糖降下剤)をしている | | インスリン療法をしている | | 疼痛発作の経験 | なし 1回 2回 3回以上 | 疼痛発作の頻度 | なし 1回/年 2回/年 3回以上/年 | (痛みのある方) | | 質 問 事 項 | はい | 腎摘出手術を受けた | |
|--|---------------------|-----|----------------------|-------------|-------------------------|--|---------------------|--|------------|--|---------|---------------|---------|---------------------|----------|--|---------|----|-------------|--|--|---------|----|-------------------|--|------------------|--|--------------|--|---------|---------------|---------|---------------------|----------|--|---------|----|-----------|--|
| 質 問 事 項 | はい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 空腹時血糖値が 140mg/d l 以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 境界型代謝障害(IGT)(糖負荷テストの結果) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病型代謝障害(糖負荷テストの結果) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 詳しくは、わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛発作の経験 | なし 1回 2回 3回以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛発作の頻度 | なし 1回/年 2回/年 3回以上/年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (痛みのある方) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 質 問 事 項 | はい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胆のう摘出手術を受けた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 質 問 事 項 | はい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事・運動などの自己管理をしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内服療法(血糖降下剤)をしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| インスリン療法をしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛発作の経験 | なし 1回 2回 3回以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疼痛発作の頻度 | なし 1回/年 2回/年 3回以上/年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (痛みのある方) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 質 問 事 項 | はい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腎摘出手術を受けた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | 年 齢 | 性 別 | 生年月日 | 回 答 日 | 整理番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男・女 | T S H 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |