

NAET® 問診表 1

NAET® による施術の前に、まず必要項目を記入していただきます。NAET® の施術者は、ここで得たいかなる個人情報も施術時にのみ限定して用い、外部に流出しないよう管理する責任を負います。
すべて必須項目となりますので、ご記入漏れのないようお願いします。

氏名： 生年月日： 年 月 日； 才

住所：〒

電話： Eメールアドレス：

緊急連絡先（日中連絡可能なもの）；

職業（自営業の場合は、その内容）：

同居家族： 無 妻 夫 父 母 義理父 義理母 兄 姉 弟 妹

子供； 人 祖父 祖母 その他（ ） ペット（ ）

結婚歴： 未婚 既婚 出産経験： 無 有 分娩異常： 無 有 流産・死産： 無 有

アナフィラキシー病歴： 無 有（内容； ）

エピペンの保持： 無 有 ステロイド吸入剤の保持： 無 有

感染症歴： 麻疹（はしか） おたふく 水痘 風疹 帯状疱疹 ヘルペス 結核

その他（ ）

予防接種： ポリオ DTP（ジフテリア、百日咳、破傷風） MMR（麻疹、おたふく、風疹） MR（麻疹、風疹）

日本脳炎 インフルエンザ 水痘 おたふく B型肝炎 BCG

あなたの現在抱えている症状・問題は何ですか。問題の大きい順にお書きください。

1) _____ 2) _____

3) _____ 4) _____

5) _____ 6) _____

あなたの現在の問題に対して、他の医療機関での診察・治療を受けましたか。

医療機関名： 診断名：

※現在使用している・服用している薬およびサプリメントはすべてお持ちください。

※過去の血液検査データをお持ちください。お子様は、母子手帳をお持ちください。

※レントゲン・CT・MRIなどの画像診断結果を借りることができましたらお持ちください。

現病歴

現在抱えている症状・問題についての経過・今までの治療内容を以下にお書きください。

既往歴

あなたの過去に起こった病気や怪我・事故などの内容をお書きください。

バイタルサイン（ここは施術者が書きます）

血圧	脈拍
体温	呼吸
排尿	排便
睡眠	食欲

家族歴

以下に示したような病気を、あなたの血縁家族が現在または過去に罹っていれば、○をつけてそれは誰なのかを横にお書きください。

1) ガン：	2) 高血圧：	3) 糖尿病：
4) 喘息：	5) 鼻炎：	6) 骨粗鬆症：
7) 甲状腺病：	8) 精神疾患：	9) 血液疾患：
10) 脳梗塞・脳出血：	11) 狭心症・心筋梗塞：	
12) 痴呆：	12) 神経疾患：	13) その他：

5) 家族環境 (ここは施術者が書きます)

6) 好きなもの・苦手なもの；以下の項目で好きなものに○、苦手なものに×をつけてください。

- 味覚・温度；甘い 辛い 苦い 塩辛い すっぱい 熱い 冷たい
- 季節・気候；春 夏 秋 冬 晴れ 曇り 雨 台風
雷 低気圧 低気圧前 低気圧後 高気圧 蒸し暑い
秋雨 雪 乾燥 風 潮風 暖房 冷房
紫外線 その他 ()
- 災害；地震 洪水 津波 火事 その他 ()
- 色・模様；赤 緑 青 黄 白 黒 柄 ()
- 人・生物；女 男 子供 老人 先生 父 母 兄弟姉妹
祖父母 親戚 近所の人 上司 同僚・先輩・後輩
その他特定の人 ()
動物 昆虫・虫 魚 爬虫類 植物・花 草木
その他 ()
- 環境；高所 地下 閉所 海 山 人ごみ ひと前 病院
学校 職場 警察 図書館 本屋 レストラン
スーパー パン屋 寺・神社・教会 駅 乗り物
信号 交差点 家
その他 ()
- 身につけるもの；ウール 化学繊維 綿 絹 麻 毛皮 靴下
マフラー 履物 香水 整髪料 アクセサリー 化粧品
お金 学歴・資格・肩書き
その他 ()
- その他；電磁波 携帯電話 電子レンジ 月・太陽 蛍光灯
化学物質全般 薬品 化粧の匂い 香水 塗料 たばこ
コーヒー 調理のにおい 体臭 トイレのにおい
新車のにおい インクのにおい
その他 ()