

■ NAET 問診表 2

以下の該当項目に☑をつけてください。

氏名 _____

<筋・骨格系>		<input type="checkbox"/> 短期記憶の消失	<input type="checkbox"/> 食物の逆流
<input type="checkbox"/> 関節炎		<input type="checkbox"/> 神経痛	<input type="checkbox"/> 食道静脈瘤
<input type="checkbox"/> 関節リウマチ		<input type="checkbox"/> 手足のしびれ感	<input type="checkbox"/> 腹部膨満感
<input type="checkbox"/> 背部痛（上・中・下部）		<input type="checkbox"/> 顔がしびれる	<input type="checkbox"/> 口内炎がよくできる
<input type="checkbox"/> 身体あちこちの痛み		<input type="checkbox"/> 記憶力が悪い	<input type="checkbox"/> 口臭
<input type="checkbox"/> 腰痛		<input type="checkbox"/> てんかん発作	<input type="checkbox"/> 舌が荒れる
<input type="checkbox"/> わき腹の痛み		<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> 舌苔
<input type="checkbox"/> 顎の痛み・開かない		<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 口の横がよく切れる（口角炎）
<input type="checkbox"/> 首の痛み		<input type="checkbox"/> 頭痛がよく起こる	<input type="checkbox"/> 胃の病気
<input type="checkbox"/> 肩甲骨の間の痛み		<input type="checkbox"/> 朝の頭痛	<input type="checkbox"/> 吐き気 / 嘔吐
<input type="checkbox"/> 肩こり 右 左		<input type="checkbox"/> 午後の頭痛	<input type="checkbox"/> 胃の痛み
<input type="checkbox"/> 肩が拳がらない 右 左		<input type="checkbox"/> 片頭痛	<input type="checkbox"/> 神経性の胃痛
<input type="checkbox"/> 肩の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 副鼻腔性頭痛	<input type="checkbox"/> 酸性食品による胃の不調
<input type="checkbox"/> 肘の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 自律神経失調	<input type="checkbox"/> 油ものによる胃の不調
<input type="checkbox"/> 手首の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> たちくらみ	<input type="checkbox"/> 胸焼け
<input type="checkbox"/> 手指の痛み 右 左		<呼吸・循環器系>	<input type="checkbox"/> げっぷ・しゃっくりがよくでる
<input type="checkbox"/> 痛みがあちこち移動する		<input type="checkbox"/> 肺の病気	<input type="checkbox"/> 消化不良
<input type="checkbox"/> 股関節の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 胸にもものつかえる感じ
<input type="checkbox"/> 膝の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 胃下垂
<input type="checkbox"/> 膝に水が溜まる 右 左		<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 胃炎
<input type="checkbox"/> 足首の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍
<input type="checkbox"/> かかとの痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 肩で息をする（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> 胆石
<input type="checkbox"/> 足指の痛み 右 左		<input type="checkbox"/> 息切れ（ゼーゼー）	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気（ ）
<input type="checkbox"/> 脚がつる、こむらがり		<input type="checkbox"/> 爪や唇の色が悪い	<input type="checkbox"/> 腸の病気（ ）
<input type="checkbox"/> 線維性筋痛症		<input type="checkbox"/> 心臓の病気（ ）	<input type="checkbox"/> 大腸炎
<input type="checkbox"/> 身体あちこちの痛み		<input type="checkbox"/> 心臓喘息（寝ると苦しい）	<input type="checkbox"/> 憩室炎
<input type="checkbox"/> 筋肉の痛み、けいれん		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> おなかが痛くなる
<input type="checkbox"/> 説明のできない痛み		<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 便秘
<input type="checkbox"/> 手足のはれ・むくみ		<input type="checkbox"/> 徐脈（60回/分以下）	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症		<input type="checkbox"/> 頻脈（90回/分以上）	<input type="checkbox"/> 便秘と下痢を繰り返す
<input type="checkbox"/> その他の痛み（ ）		<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 血便
<神経系>		<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> おならがよくでる
<input type="checkbox"/> 忘れやすい		<input type="checkbox"/> 胸が締め付けられる感じ	<input type="checkbox"/> おならがにおう
<input type="checkbox"/> 頭のもやもや		<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤	<input type="checkbox"/> 痔
<input type="checkbox"/> 歩行困難		<input type="checkbox"/> 大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 牛乳でお腹をこわす
<input type="checkbox"/> のみこみづらい		<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> アルコールでお腹をこわす
<input type="checkbox"/> 話しづらい		<input type="checkbox"/> 動脈硬化	<生殖器・泌尿器系>
<input type="checkbox"/> 失読症		<消化器系>	<input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群
<input type="checkbox"/> 失語症		<input type="checkbox"/> 食欲がわからない	<input type="checkbox"/> IgE 腎症
<input type="checkbox"/> 失神発作		<input type="checkbox"/> いくら食べても物足りない	<input type="checkbox"/> 結石（腎・尿管・膀胱）
<input type="checkbox"/> 長期記憶の消失		<input type="checkbox"/> 食間の空腹感	<input type="checkbox"/> 膀胱脱

<input type="checkbox"/> 腎臓・膀胱の病気 ()	<input type="checkbox"/> 暑さに弱い	<input type="checkbox"/> 味覚の低下・消失
<input type="checkbox"/> 排尿困難	<input type="checkbox"/> 湿気に弱い	<input type="checkbox"/> 金属のような味がする
<input type="checkbox"/> 残尿感がある	<input type="checkbox"/> 乾燥に弱い	<input type="checkbox"/> のみこみづらい
<input type="checkbox"/> 尿量が異常に少ない	<input type="checkbox"/> 感染に罹りやすい	<input type="checkbox"/> 喉のつまり感
<input type="checkbox"/> 尿量が異常に多い	<input type="checkbox"/> ヘルペス感染	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・喉頭炎
<input type="checkbox"/> トイレの回数が多い	<input type="checkbox"/> イースト感染症	<input type="checkbox"/> 扁桃腺がよく腫れる
<input type="checkbox"/> 血尿・尿潜血反応	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染	<input type="checkbox"/> 浸出性・化膿性中耳炎
<input type="checkbox"/> たんぱく尿	<input type="checkbox"/> 肝炎 (A、B、C型)	<input type="checkbox"/> 耳の周りが切れる
<input type="checkbox"/> 尿が臭う	<input type="checkbox"/> 寄生虫の問題	<input type="checkbox"/> 耳下腺炎
<input type="checkbox"/> むくみ (顔・手・足)	<input type="checkbox"/> 虫歯になりやすい	<input type="checkbox"/> 唾石ができる
<input type="checkbox"/> 前立腺の問題	<input type="checkbox"/> 歯槽膿漏	<input type="checkbox"/> 音に敏感
<input type="checkbox"/> 乳房の痛み・腫れ	<感覚器系>	<input type="checkbox"/> 音が大きく聞こえる
<input type="checkbox"/> 乳房のしこり	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 耳の痛み
<input type="checkbox"/> 乳首のかゆみ	<input type="checkbox"/> 目の潤み	<input type="checkbox"/> 耳の感染・炎症 右 左
<input type="checkbox"/> 乳腺の問題	<input type="checkbox"/> 目がしみる	<input type="checkbox"/> 聴力低下・消失 右 左
<input type="checkbox"/> 子宮脱	<input type="checkbox"/> 涙が出ない、ドライアイ	<input type="checkbox"/> 耳鳴り 右 左
<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 蚊文症	<input type="checkbox"/> 耳垢がよくでる
<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 目のかすみ・ぼやけ	<input type="checkbox"/> 耳垂れ
<input type="checkbox"/> 卵巣のう腫	<input type="checkbox"/> 目・まぶたのかゆみ・むくみ	<input type="checkbox"/> めまい (周りがグルグル)
<input type="checkbox"/> 不妊症 男性・女性	<input type="checkbox"/> まぶたがぴくぴくする	<input type="checkbox"/> めまい (自分がフワフワ)
<input type="checkbox"/> 月経前症候群	<input type="checkbox"/> 光がまぶしく感じる	<感情>
<input type="checkbox"/> 生理出血が多い	<input type="checkbox"/> 目が赤くなる	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい
<input type="checkbox"/> 生理出血が少ない	<input type="checkbox"/> 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> 憂うつ
<input type="checkbox"/> 生理不順	<input type="checkbox"/> 視力の問題	<input type="checkbox"/> 疲労感
<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 目の病気 ()	<input type="checkbox"/> 落ち込みやすい
<input type="checkbox"/> おりもの問題	<input type="checkbox"/> くしゃみ・鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> イライラして落ち着きがない
<input type="checkbox"/> カンジダ症	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 神経が張り詰めている
<input type="checkbox"/> 更年期障害	<input type="checkbox"/> 鼻が乾く	<input type="checkbox"/> ため息をよくつく
<input type="checkbox"/> 性欲減退	<input type="checkbox"/> 鼻水がのどにまわってくる	<input type="checkbox"/> 自分に自信が持てない
<input type="checkbox"/> 性欲亢進	<input type="checkbox"/> 鼻の脇がかさつく	<input type="checkbox"/> 気分がむらがある
<免疫・感染>	<input type="checkbox"/> 鼻茸 (ポリープ)	<input type="checkbox"/> すぐ混乱してしまう
<input type="checkbox"/> 慢性疲労	<input type="checkbox"/> 鼻血がよくでる	<input type="checkbox"/> すぐかっとなり、気が短い
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> においがわからない	<input type="checkbox"/> 調子が出ない
<input type="checkbox"/> よく風邪をひく	<input type="checkbox"/> いびきをかく	<input type="checkbox"/> 感情の浮き沈みが激しい
<input type="checkbox"/> よくインフルエンザに罹る	<input type="checkbox"/> においに敏感 (体臭・タバコ・香水・化粧品・塗料・ 新聞・本・料理・パン屋・コーヒー・ 樹木・動物・排気ガス・その他)	<input type="checkbox"/> 驚きやすい
<input type="checkbox"/> 風邪の治りが悪い	<input type="checkbox"/> 唾液が出ない、口が渇く	<input type="checkbox"/> 心配性
<input type="checkbox"/> 傷の治りが悪い	<input type="checkbox"/> 過剰な喉の渇き	<input type="checkbox"/> 無力感
<input type="checkbox"/> よく寒気がする	<input type="checkbox"/> 声がかれる	<input type="checkbox"/> 集中力がない
<input type="checkbox"/> 微熱が続く		<input type="checkbox"/> やる気がおきない
<input type="checkbox"/> よく発熱する		<input type="checkbox"/> こわがり
<input type="checkbox"/> 寒さに弱い		<input type="checkbox"/> 悪い夢をみる

<input type="checkbox"/> 神経錯乱	<input type="checkbox"/> 乾癬 (かんせん)	<input type="checkbox"/> 貧血といわれた
<input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/> 白癬 (はくせん)	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血
<input type="checkbox"/> 夜泣き	<input type="checkbox"/> 生理用品にかぶれる	<input type="checkbox"/> 悪性貧血
<input type="checkbox"/> 夜間、急にさわぎだす	<input type="checkbox"/> オムツにかぶれる	<input type="checkbox"/> 再生不良性貧血
<input type="checkbox"/> おねしょ	<中毒・行動>	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<皮膚>	<input type="checkbox"/> タバコがやめられない	<input type="checkbox"/> 血友病
<input type="checkbox"/> 皮膚・頭皮がかゆい	<input type="checkbox"/> アルコールがやめられない	<input type="checkbox"/> がん
<input type="checkbox"/> 髪が異常に伸びる	<input type="checkbox"/> コーヒーがやめられない	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下
<input type="checkbox"/> 髪がよく抜ける	<input type="checkbox"/> 甘いものに目がない	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進
<input type="checkbox"/> 若白髪	<input type="checkbox"/> チョコレートに目がない	<input type="checkbox"/> のぼせ
<input type="checkbox"/> 脱毛症	<input type="checkbox"/> スパイス系に目がない	<input type="checkbox"/> 冷え性
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 薬物中毒	<input type="checkbox"/> しもやけ
<input type="checkbox"/> 新生児頭部皮膚炎	<input type="checkbox"/> 特定の食物に対する中毒	<input type="checkbox"/> 手足の冷え
<input type="checkbox"/> アレルギー性紫斑病	<input type="checkbox"/> 特定のにおいを好む (体臭・シンナー・塗料・新聞・ コーヒー・アンモニア臭・その他)	<input type="checkbox"/> 手足のほてり・灼熱感
<input type="checkbox"/> 主婦性手湿疹	<input type="checkbox"/> 塩分を欲しがる	<アレルギー性>
<input type="checkbox"/> 湿疹がよくできる	<input type="checkbox"/> しょうゆを欲しがる	<input type="checkbox"/> 化学物質過敏症
<input type="checkbox"/> よく小水疱ができる	<input type="checkbox"/> 甘味を欲しがる	<input type="checkbox"/> 薬品アレルギー
<input type="checkbox"/> よく発疹ができる	<input type="checkbox"/> スパイスを欲しがる	<input type="checkbox"/> 金属アレルギー
<input type="checkbox"/> 乾燥肌	<input type="checkbox"/> 酸味・苦味を欲しがる	<input type="checkbox"/> 電磁波アレルギー
<input type="checkbox"/> 脂性肌	<input type="checkbox"/> 玉ねぎ・豆を欲しがる	<input type="checkbox"/> ゴムアレルギー
<input type="checkbox"/> かぶれやすい	<input type="checkbox"/> 爪をかむ	<input type="checkbox"/> 動物アレルギー
<input type="checkbox"/> かみそり負けしやすい	<input type="checkbox"/> 強迫性行動障害	<input type="checkbox"/> 運動アレルギー
<input type="checkbox"/> みみず腫れができる	<input type="checkbox"/> 恐怖症	<input type="checkbox"/> 食物アナフィラキシー
<input type="checkbox"/> 蕁麻疹	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 花粉症
<input type="checkbox"/> 頭のフケが多い	<input type="checkbox"/> 熟睡できない	<input type="checkbox"/> 高山病
<input type="checkbox"/> 顔色が悪い	<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> トウレット症候群 (チック)
<input type="checkbox"/> 下まぶたの大きなくま	<input type="checkbox"/> 寝起きが悪い	<input type="checkbox"/> むずむず脚症候群
<input type="checkbox"/> 青あざがよくできる	<input type="checkbox"/> すぐ飽きてしまう	<input type="checkbox"/> 汗をよくかく
<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> 注意散漫	<input type="checkbox"/> 冷や汗をよくかく
<input type="checkbox"/> 全身のかゆみ	<input type="checkbox"/> 忘れ物・遅刻が多い	<input type="checkbox"/> 人ごみの中で気分が悪い
<input type="checkbox"/> 褐色斑	<input type="checkbox"/> 読み書き・計算が苦手	<input type="checkbox"/> 手によく汗をかく
<input type="checkbox"/> 白斑	<input type="checkbox"/> 自分勝手に衝動的に行動する	<input type="checkbox"/> 寝汗
<input type="checkbox"/> しみになりやすい	<input type="checkbox"/> 整理整頓がうまくできない	<input type="checkbox"/> 一日中眠い
<input type="checkbox"/> いぼ	<input type="checkbox"/> シャベリ方が不明瞭	<input type="checkbox"/> 食後突然の睡魔
<input type="checkbox"/> 毛穴にそった発赤	<input type="checkbox"/> おちつきがない	<input type="checkbox"/> 全身がうずく感じ
<input type="checkbox"/> 皮膚が薄い	<input type="checkbox"/> よくしゃべる・おしゃべり	<input type="checkbox"/> 体重増加
<input type="checkbox"/> 皮膚が肥厚している	<input type="checkbox"/> つばを吐く	<input type="checkbox"/> 体重減少
<input type="checkbox"/> 爪が薄い・割れやすい	<input type="checkbox"/> 乗り物酔い	<input type="checkbox"/> 注意欠陥多動障害
<input type="checkbox"/> 爪に線がはいる	<input type="checkbox"/> ひきこもる	<input type="checkbox"/> 自閉症
<input type="checkbox"/> 肛門のかゆみ・灼熱感		<input type="checkbox"/> 学習障害
<input type="checkbox"/> 水虫		