📝 胃の健康チェック＆栄養カウンセリング問診票

【基本情報】
お名前：
年齢：
性別：□男性 □女性 □その他
ご職業：
身長（cm）：体重（kg）：
生活スタイル：□屋内中心 □屋外中心 □ストレス多め □ストレス少なめ

【現在の胃の症状・体調】
以下のような症状がありますか？（複数選択可）
□ 胃もたれ・膨満感（食後の重さ）
□ 食欲不振
□ 胸やけ、げっぷ、のどの違和感
□ 空腹時の胃の痛み
□ 食後の胃の痛み・違和感
□ お腹が張る（ガスがたまる）
□ 吐き気・嘔吐しやすい
□ 食べ過ぎ・飲みすぎによる不調
□ ストレスで胃の調子が悪くなる
□ その他（ ）

【食事・食習慣について】
食事回数とリズムについて
□ 規則正しい □朝食を抜くことがある □1日2食以下 □間食が多い
食べるスピードは？
□ 早い □普通 □ゆっくり
よく噛んで食べていますか？
□ はい □いいえ
以下に当てはまるものはありますか？
□ 熱い物・冷たい物を急いで食べる
□ 刺激物（辛い物・炭酸・カフェイン）が好き
□ アルコールをよく摂る
□ 揚げ物や油の多い食事が多い
□ 外食・コンビニ食が多い
□ 食後にすぐ横になる習慣がある

【過去の既往歴・指摘されたこと】
以下のいずれかに当てはまりますか？
□ 胃炎 □ 逆流性食道炎 □ 胃潰瘍・十二指腸潰瘍
□ ピロリ菌の感染歴あり □ 萎縮性胃炎の診断あり
□ 胃酸過多または胃酸不足を指摘された
□ 胃の不調で薬を常用している（例：胃薬・PPIなど）
□ その他（ ）
胃の検査を受けたことはありますか？
□ 胃カメラ □バリウム □未検査

【ストレス・生活習慣】
ストレスの影響を受けやすいですか？
□ はい（胃に出るタイプ） □はい（その他の不調）
□ いいえ
睡眠時間・質はどうですか？
□ 5時間未満 □6〜7時間 □8時間以上
□ 途中で目が覚める □ぐっすり眠れる □寝つきが悪い

【現在の薬・サプリメント】
胃のケアのために使用中のものがあればご記入ください：
（例：胃薬、漢方、消化酵素、ビタミンU、グルタミン、亜鉛など）

【目標・相談したいこと】
現在の悩みや改善したい点は何ですか？
（例：胃もたれを減らしたい、薬を使わず整えたい、食事を見直したい）
ご希望のサポート内容（複数選択可）
□ 胃にやさしい食事内容の見直し
□ 消化を助ける栄養素の提案
□ サプリメントの選び方
□ 食べ方・生活習慣のアドバイス
□ その他（ ）