✅ 膵臓の健康チェック＆栄養カウンセリング問診票

【基本情報】
お名前：
年齢：
性別：
ご職業：
ご相談内容（簡単に）：

【1. 現在の症状・体調について】
※該当するものに✓を入れてください（複数回答可）
□ 胃のあたりが重い・痛む
□ 食後に眠気・だるさ
□ 背中に痛みを感じる □ 食欲が低下している
□ 脂っこいものが苦手 □ 下痢・軟便が続く
□ 急に痩せてきた □ お腹が張りやすい
□ 血糖値が不安定（低血糖/高血糖）と言われた
□ その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【2. 食生活について】
・1日何食食べていますか？（　）回
・朝食はとりますか？　□毎日　□時々　□食べない
・よく摂る食品・嗜好品（該当に✓）
□ 揚げ物　□マーガリン　□菓子パン　□清涼飲料水
□果糖入りジュース　□ アルコール（週　　回／種類：　　）
・よく使う油の種類：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
・よく噛まずに食べることが多い：□はい □いいえ

【3. 消化力チェック】
- □ 食後に胃がもたれる
- □ 油ものを食べた後に不快感がある
- □ ゲップ・胃酸の逆流がある
- □ 便が浮く、油っぽい、匂いがきつい
- □ 消化酵素を摂ると調子が良い気がする

【4. 排便・腸内環境】
排便回数：1日（ ）回／週（ ）回
便の状態：□普通 □硬い □軟便 □下痢気味
便のにおい：□気になる □気にならない
ガス・おならが多い：□はい □いいえ
抗生物質の服用歴がある：□はい □いいえ（時期： ）

【5. 生活習慣・ストレス】
睡眠時間：( ) 時間／夜間の中途覚醒：□あり □なし
運動習慣：□ほぼ毎日 □週数回 □なし
ストレス度：□高い □中程度 □あまり感じない
疲労感がある：□常に □夕方以降に □ない

【6. サプリメント・お薬】
現在使用中のサプリメント・健康食品（任意記入）：
→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・常用している薬があれば記載してください（任意）

【7. ご相談の目的・改善したいこと】