

ID:

| | | | | | |
|--------------|----|-----|---|---|---|
| ふりがな 記入者名 | 続柄 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|--------------|----|-----|---|---|---|

患者様情報

| | | | | | | |
|---|------------------------|---------------|-----|---|-----|----------|
| ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年 月日 | 年 | 月 | 日 | 才 |
| 〒 | 住所 | TEL | - | - | | |
| | | 携帯 | - | - | | |
| | | FAX | - | - | | |
| 緊急連絡先 (ご本人以外) | 続柄 氏名 | TEL | - | - | | |
| | | 携帯 | - | - | | |
| 婚姻の状態 | 未婚 既婚 離婚 死別 | 子ども | 無・有 | 人 | 身長 | cm 体重 kg |
| 家族構成 | 現在及び以前の職業 | | | | | |
| 重大なことを決める時どなたに相談しますか？ 配偶者 父 母 子供 兄弟姉妹 友人 その他： | | | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 現在通院または入院している病院 | | | | | | |
| 糖尿病 | 無・有 | 有の場合インシュリンの使用 | | | 無・有 | |
| 既往歴 | 無・有 | | | | | |
| 杖歩行 | 無・有 | 車椅子使用 無・有 | | | | |
| 家族歴 | (ご家族に特筆する病気の方はおられますか？) | | | | | 無・有 |
| アレルギー疾 患 | 無・有 | 食物・金属等： | | | | |
| 薬物アレルギー | 無・有 | 有の場合薬品名： | | | | |

現在内服している薬があればご記入ください

原因になったと考えられることはありますか？また病気になったことで考え方や生活に変化はありましたか？

この病気に対して標準治療以外に行っていることはありますか？
(食事・運動・温泉・瞑想・摂取しているサプリメントなど)

経過について下記の項目を参考にご記入ください

2/2

1. いつからどのような症状が出たか
2. どの病院で、いつ、どういう診断を受けたか
3. どの病院で、いつからいつまで、どういう治療を受けたか
4. 現在の状態・症状

ご質問や当院で受けてみたい治療をご記入ください

当院を何でお知りになりましたか？