



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	TEL	-	-	
	氏名	携帯	-	-	
婚姻の状態	未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 未亡人 / こども無 ・ 有 (人)		体重	kg ・ 身長	cm
家族構成	(現在及び以前の) 職業				
重大なことを決める時にどなたに相談しますか？ (配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 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	ありの場合インシュリン使用	無 ・ 有		
既往歴	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 ありの場合薬品名 ()				

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？ 又、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？

この病気に対して行っていることはありますか？ (食事 ・ 運動 ・ 温泉 ・ 瞑想など)

経過について下記の項目を参考にご記入ください

- 1 いつからどのような症状が出たか
- 2 どの病院でどういう診断を受けたか
- 3 どの病院でどういう治療を受けたか
- 4 標準治療以外の治療を行っているか。（摂取しているサプリメントもあればご記入ください）
- 5 現在の状態・症状

ご質問内容をご記入ください