

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
〒		TEL	-	-		
住所		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 未亡人	こども	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 こども 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

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

ご質問内容をご記入ください（当院で受けたい治療がありましたらご記入ください）