

<small>ふりがな</small> 記入者名	続柄	記入日	年	月	日
-----------------------------	----	-----	---	---	---

### 患者様情報

<small>ふりがな</small> 氏 名	男・女	<small>生年月日</small>	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 / 子供 無・有 ( 人 )	体重	kg	身長	cm
家族構成	( 現在及び以前の ) 職業				
重大な事を決めるとき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	なし・あり	ありの場合	インシュリン使用	なし・あり	
既往歴	なし・あり ( )				
家族歴 (ご家族に特筆する病気の方はおられますか?)	なし・あり ( )				

現在内服している薬があればご記入下さい。

何か原因になったと考えられる事はございますか?

この病気になった事で考え方や生活に何か変わったことはございますか?

この病気に対して自己で行っている事はありますか? ( 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下さい。

1. いつからどのような症状がでたか。
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。