

**再診問診票**

1/2

【最終来院日から1年以上経過した方】

ID：

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

|  |  |
| --- | --- |
| **患者氏名** |  |

* 現在の状況に変更がある場合は変更箇所に✓の上必要事項をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| **住 所：** | 〒  |
| **E-mail：** |  |
| **電話番号：** | 自宅：携帯： |  | -- |  | -- |  |  |
|  **緊急連絡先：** | 続柄　氏名　 |

|  |
| --- |
| **病　名：** |
| 現在通院または入院している病院 |  |
| 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： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **糖尿病** | 無・有 |  | **有の場合インシュリンの使用** | 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**

|  |
| --- |
|  |

**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. どこの病院で、いつ、どういう診断を受けたか
3. どこの病院で、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）

|  |
| --- |
|  |