



再診問診表

1 / 2

最終来院日から1年以上経過した方

ID番号： _____

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

ふりがな 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

〒 _____
<input type="checkbox"/> 住 所 :
<input type="checkbox"/> E-mail :
<input type="checkbox"/> 電話番号 :
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先 :

病 名 :
現在通院または入院している病院 _____

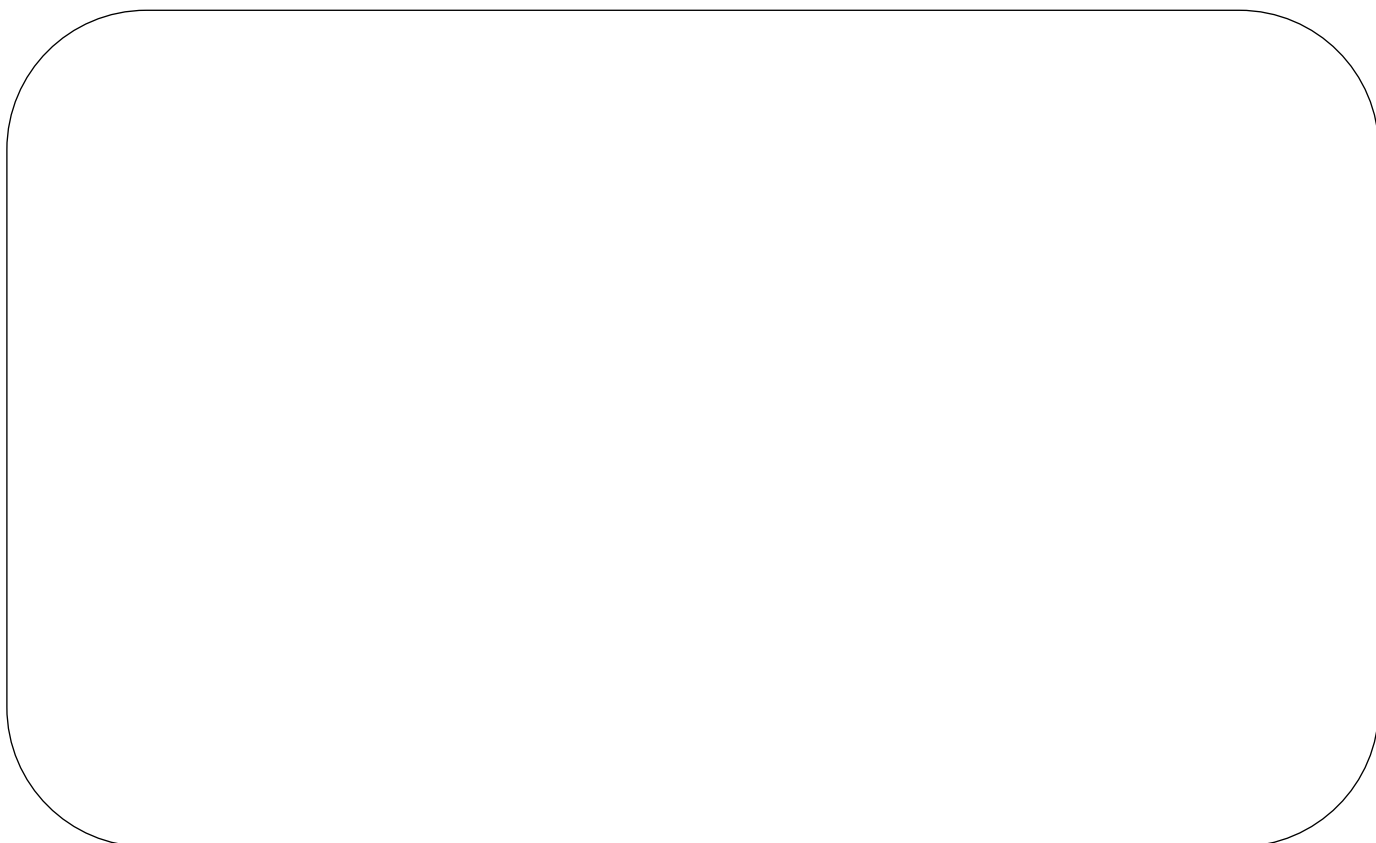
* 糖尿病の有無	無 ・ 有	ありの場合インシュリン使用	無 ・ 有
* アレルギー疾患	無 ・ 有 (食物・金属等)
* 薬物アレルギー	無 ・ 有	ありの場合薬品名 ()

現在内服している薬があればご記入下さい

--

当院での最終受診以降、現在までの病状・治療についてご記入ください

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

