



## 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

<input type="checkbox"/> 住所：	〒			
<input type="checkbox"/> E-mail：				
<input type="checkbox"/> 電話番号：	自宅：	-	-	
	携帯：	-	-	
<input type="checkbox"/> 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

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）