



### 再診問診票

【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
--------------	----	-----	---	---	---

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:	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

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）