

ID:

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

患者様情報

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	年	月	日	才
〒		TEL	-	-		
住所		携帯	-	-		
		FAX	-	-		
緊急連絡先 (ご本人以外)	続柄 氏名	TEL	-	-		
		携帯	-	-		
婚姻の状態	未婚 既婚 離婚 未亡人	こども	無・有	人	体重	kg 身長 cm
家族構成	現在及び以前の職業					
重大なことを決める時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	無・有	有の場合インシュリンの使用			無・有	
既往歴	無・有					
家族歴	(ご家族に特筆する病気の方はおられますか?)					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

原因になったと考えられることはありますか？また病気になったことで考え方や生活に変化はありましたか？

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）