

**問　診　票**

1/2

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 | |
| **住 所** | | 〒 | | | TEL | |  | | | - |  | | | - | |  | | |
| 携帯 | |  | | | - |  | | | - | |  | | |
| FAX | |  | | | - |  | | | - | |  | | |
| **緊急連絡先** | | 続柄 | | | TEL | |  | | | - |  | | | - | |  | | |
| (ご本人以外) | | 氏名 | | | 携帯 | |  | | | - |  | | | - | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **婚姻の状態** | 未婚 | 既婚 | 離婚 | 未亡人 | こども | 無・有 |  | 人 | **身長** |  | ㎝ | **体重** |  | ㎏ |
| **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 こども 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| **杖歩行** | 無・有 | | **車椅子使用**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）**

|  |
| --- |
|  |

2/2

**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）

|  |
| --- |
|  |