

**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）

|  |
| --- |
|  |