

【問診票】 ID:

ご記入日： 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 Name	男 / 女 明・大 年 月 日 歳 昭・平 Age
ご住所 〒 - Address	
お電話 (自宅)	(携帯)
当院をお知りになったきっかけを教えてください。 きっかけ(内容に○をつけてください) →	
チラシ・看板・インターネット・知人からの紹介・その他	

①ご来院の理由、症状であてはまるものに ○ をつけて下さい。

頭痛 | 肩こり | めまい | 頭部打撲 | 意識消失 | 耳鳴(右・左) | 痙攣 | 聴力低下(右・左)
しびれ(上肢/右・左)・(下肢/右・左) | 睡眠障害 | 物忘れ | その他()
具体的な症状をご記入下さい。例)いつ頃から、どこが、どのように・
()

②今までに脳の検査を受けたことがありますか? [はい・いいえ]

受けたことのある検査・・・[頭部MRI・頭部CT・脳波検査・その他()]
いつ頃受けましたか?・・・[年 月 日頃] 理由()
異常はありましたか?・・・[はい・いいえ] “はい”の方 [内容]

③現在または過去に病気をしたことがありますか? [はい・いいえ]

該当する疾患を ○ で囲んでください。

脳疾患・高血圧・糖尿病・高脂血症・不整脈・狭心症・心筋梗塞・痛風・胃 十二指腸疾患・腎臓病
その他()

④今までに手術を受けられたことがありますか? [ある・ない]

いつ頃ですか? 年 月 日 手術の内容()

⑤現在服用中のお薬はありますか? [はい・いいえ] ※お薬手帳を受付へお出しください。

どんな薬ですか? 例) 痛み止めの薬など。もしお薬の名前がわかるようでしたら、ご記入ください。
()

⑥薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか? [ある・ない]・・・具体的にご記入下さい()

⑦ぜんそくはありますか? [ある・ない]

⑧お酒は飲みますか? [はい・いいえ]

お酒の種類と量[]を、週に[]日くらい飲む

⑨タバコは吸いますか? [はい・いいえ]

1日に[]本 []年間吸っている。又は、[]年前に禁煙

⑩ご家族のご病気(ある方のみ)を教えてください。

父() 母() 兄弟(兄・弟・姉・妹)
祖父(父方・母方) 祖母(父方・母方)

身長()cm 体重()kg
閉所恐怖症(有・無) ご職業(・ 無職)

スタッフ記入欄

体温	℃	P
血圧	/	mmHg

⑫女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか? [はい・いいえ] 授乳中ですか? [はい・いいえ]