

☆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 | 平成 年 月 日 | 歳 Age |
| ご住所 〒 | Address | | |
| お電話 (自宅) | (携帯) | | |
| 緊急連絡先 ☎ | 続柄 () | | |
| 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、症状ではまるものに ○ をつけて下さい。

頭部・顔面 打撲 | 頭痛 | 肩こり | めまい | 失神 | 痙攣 | しびれ(上肢/ 右・左)・(下肢/ 右・左)
 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？・・・[西暦 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・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？西暦 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)

⑨身長、体重

身長 () cm 体重 () kg

スタッフ記入欄

| | | |
|----|---|------|
| 体温 | ℃ | P |
| 血圧 | / | mmHg |