

# 問 診 票

フリガナ		生 年 月 日	年 齢
お名前	男・女	明・大・昭・平	歳
		年 月 日生	
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	ご自宅TEL      -      -      緊急連絡先      -      -		

1) どのような症状のために受診されますか？

- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1. 頭痛、頭が重い   | 2. 頭、首を打った        |
| 3. 首が重い、肩がこる | 4. しびれ(手、足) (右、左) |
| 5. めまい、ふらつき  | 6. 物忘れ            |
| 7. 手足が動きにくい  | 8. シャベリにくい        |
| 9. 目が見えにくい   | 10. 吐き気、嘔吐        |
| 11. けいれん     |                   |
| 12. その他 (    | )                 |

a) 症状は、いつからどのように始まりましたか？

年 月 日頃から (突然起こった、 だんだん起こってきた)

b) 症状は、どのように変化していますか？

(変わらない、 悪くなっている、 良くなっている)

c) これらの症状について、他の病院・医院を受診されましたか？

かからない

かかった

病院・医院名 (

病名 (

検査 (

2) 現在、他の病気で治療中ですか？

いいえ

はい

病名 (

) 病院名 (

3) 今までかかった病気はありますか？

高血圧、糖尿病、心臓病、高脂血症、喘息、その他 (

4) 現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ

はい

お薬の名前は (

5) 体内に金属がありますか？ (※歯の詰め物(金歯、銀歯など)は除きます。)

無 い

有 る

ペースメーカー、ボルト、クリップ、ステント、その他 (

入れ墨・アートメイク (有り、無し)、閉所恐怖症 (有り、無し)

6) レントゲンをとる場合がありますが、妊娠の可能性はありますか？(女性の方のみ) はい、いいえ

7) アレルギーはありますか？

いいえ

はい

アレルギー名 (

8) 体重 \_\_\_\_\_ kg

9) どのようにして当院をお知りになりましたか？

チラシ、看板、知人・ご家族のご紹介(紹介者:

電話帳、その他

⇩ 枠内の問診は必ずご記入下さい。

)、インターネット、

ご協力ありがとうございました。この用紙は、当院での医療に関する事にものみ利用させていただきます。  
順番が来ましたら呼びますので、もう少々お待ち下さい。