

問 診 票

フリガナ		生 年 月 日	年 齢
お名前		明・大・昭・平	歳
	男・女	年 月 日生	
ご住所	〒 <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？

→ 枠内の問診は必ずご記入下さい。

チラシ、看板、知人・ご家族のご紹介(紹介者: _____)、インターネット、電話帳、その他

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のみ利用させていただきます。順番が来ましたらお呼びしますので、もう少しお待ち下さい。