



# 問診票

※紹介状や資料をお持ちの場合は、診察前に受付に提出してください。

ふりがな				男 女	大・昭・平・令	年 月 日 生			( ) 歳
氏名				生年月日	年 月 日				
住所	〒 -						身長	cm	
電話番号	自宅:			携帯:			体重	Kg	

\* 下記質問事項にご記入(□にチェックをお願いします)く不明なところは空欄で結構です)

●どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 頭を打った <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 手足のしびれ・力が入りにくい <input type="checkbox"/> しゃべりにくい <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 意識がなくなった <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 眼が見にくい <input type="checkbox"/> けいれんを起こした <input type="checkbox"/> 顔面の(痛み・けいれん)	<input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 歩きにくい <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 耳鳴り
●いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日( 時頃から) <input type="checkbox"/> ( )前から <input type="checkbox"/> わからない		
●症状の頻度について	<input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 時々おこる <input type="checkbox"/> わからない		
●検査を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 医師と相談して決める		
●今までにかかったことや言われたことのある病気やケガはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    病名( )    病院名( ) 病名( )    病院名( )		
●現在内服中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> コレステロールの薬 <input type="checkbox"/> 血糖の薬 <input type="checkbox"/> 心臓・不整脈の薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤・抗血小板剤(血液をサラサラにする薬) <input type="checkbox"/> その他( )		
●アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬:    食物:    その他: )		
●お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(時々・毎日)		
●タバコ(電子・葉巻を含む)を吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた( 年間 本/日) <input type="checkbox"/> 吸う( 本/日)		
●女性におたずねします	<input type="checkbox"/> 妊娠している( 週) <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中		
●当院受診のきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> ①ホームページ <input type="checkbox"/> ②知り合いのご紹介 <input type="checkbox"/> ③近くに住んでいる <input type="checkbox"/> ④家族が通院中 <input type="checkbox"/> ⑤公共機関の宣伝 <input type="checkbox"/> ⑥警察病院からの継続 <input type="checkbox"/> ⑦その他( )		

症状の状態や検査の都合により、受付番号と診察の順番が異なることがありますが、医師の判断によるものですのでご了承ください。ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。