

年 月 日

問診票

ふりがな 名前		(男・女)	身長	cm	体重	kg
住所	〒		生年月日	大昭 平令		
電話番号	携帯番号		緊急連絡先	続柄()		

今回、受診された理由をお書きください。

【頭痛・めまい・しびれ・嘔気・嘔吐・物忘れ・打撲 その他 ()】

症状はいつ頃からですか？(いつから、どのような症状がありますか)

過去の病気(完治したのも含む)や手術、または現在治療中の病気はありますか？

例えば、糖尿病、高血圧、心臓の病気など病歴について記入してください。(はい ・ いいえ)

(歳 病名) (完治 ・ 内服中 ・ 手術) (病院)
 (歳 病名) (完治 ・ 内服中 ・ 手術) (病院)
 (歳 病名) (完治 ・ 内服中 ・ 手術) (病院)

以下の内容に当てはまるものはありますか？(はい ・ いいえ)

(ぜんそく ・ 緑内障 ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

現在内服しているお薬はありますか？(はい ・ いいえ)

お薬の名前がおわかりであれば下記へ記入していただくか、お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。

() (お薬手帳参照 ・ 紹介状参照)

今までに薬・注射・食べ物でじんましんがでたり、気分が悪くなったりしたことはありますか？(はい ・ いいえ)

はいの場合は、食べ物や薬剤名、またはその時の症状がわかればお書きください。

()

家族・血縁関係の方で、以下の病気の方や死亡された方はいらっしゃいますか？(はい ・ いいえ)

はいの場合は、例にならってお書きください。(【例】糖尿病:父、弟 がん:母 肝臓がん 高血圧:妹)

糖尿病: 高血圧: 心臓病:
 がん: 腎臓病: その他:

たばこは吸いますか？(以前吸っていた ・ 現在吸っている ・ 全く吸ったことがない)

お酒は飲みますか？(はい ・ いいえ)

利き手はどちらですか？(右 ・ 左)

MRI や CT などの検査を希望されますか？

(本日希望する ・ 希望しない ・ 必要ならば本日希望 ・ 後日希望する)

女性の方のみ記入してください。

・ピルを服用されていますか？(はい ・ いいえ)

・生理は順調ですか？(はい ・ いいえ) 最終月経(月 日から 日間) 閉経(歳)