

スタッフ確認欄	

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)