問診票

令和　年　月　日

番号

フリガナ

ID

お名前　　　　　　　　　　様　男・女

生年月日　大正・昭和・平成・令和　年　月　日（　歳）

郵便番号□□□-□□□□　電話番号（　　）　－

ご住所

＊どうされましたか？

□けがをした・傷を負った（部位　　　　　）　□物忘れがある

□頭をぶつけた　□出血がある

□頭が重たい　□耳鳴りがする

□頭が痛い　□物が２重に見える

□目の前がチカチカする　□手足がしびれる

□肩が凝る　□手足に力が入らない

□ぐるぐる目が回る　□熱がある

□ふわふわする　□せき・鼻水が出る

その他（　　　　）

＊それはいつごろからですか？　　年　月　日ころから

＊症状の原因は次に当てはまりますか？

いいえ・はい（交通事故・仕事中のけが・けんか等他人から受けたけが）

発生日は（　月　日）

＊検査の希望がありますか？　いいえ・はい（ＭＲＩ、エコー、レントゲン、採血、その他）

＊現在他院に通院中ですか？　いいえ・はい

病院名（　　　　）

＊現在お薬は内服中ですか？　いいえ・はい

お薬の名前（　　　　）

＊お薬手帳をお持ちの方は一緒に出して下さい

＊今までに手術を受けた事はありますか？

ない・ある（　年　月　日頃　　　の手術）

＊次の病気と言われた事はありますか？

いいえ・はい（脳の病気（脳こうそく・脳出血）・喘息・緑内障・白内障・前立腺・高血圧・糖尿病・狭心症・心筋こうそく・不整脈・痛風・高脂血症）

＊身体に金属類が入っていますか？　いいえ・はい（ペースメーカー、ステント、歯の装具、その他）

＊薬や食べ物のアレルギーはありますか？　ない・ある〔　　　〕

＊おタバコは？〔吸わない、やめた（　頃）吸う（１日　本　年吸っている）〕

＊お酒は？　〔飲まない、やめた（　頃）飲む（１日　合　年飲んでいる）〕

＊女性の方へ　現在妊娠されていますか？　はい・いいえ・わからない