

問診票

記入年月日： 年 月 日

ID: _____

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
				年 月 日 (歳)
住所	〒		電話番号	
緊急の連絡先	氏名	続柄 ()	電話番号 ()	
身長		cm	体重	kg

【1】本日はどうされましたか

- 頭が痛い 物忘れ 頭を打った 手足のしびれ感・マヒ 言葉が出づらい
 めまい 脳ドッグ その他 ()

【2】いつからですか ()

【3】過去に大きな病気にかかったことがありますか

- ある (内容)
 ない

【4】手術を受けたことはありますか

- ある (手術名)
 ない

【5】毎日飲んでいるお薬はありますか

- ある (薬剤名)
 ない

【6】アレルギーはありますか (おくすり・食べ物等)

- ある (内容)
 ない

【7】嗜好歴はありますか

- ない タバコ (本/日・ 年間)
 アルコール (毎日・週 日・お酒の種類:)

【8】下記で該当するものがありますか

- ペースメーカー 人工弁 脳動脈瘤クリップ カラーコンタクト 補聴器 人工内耳
 インプラント 磁石を使った義歯 歯科矯正 妊娠中 (出産予定日: 年 月 日)
 刺青 (眉毛・アイライン等も含む) その他の体内金属 避妊リング
 膀胱瘻や膀胱留置カテーテル

【9】当院をどこでお知りになりましたか

- 家族・知人の紹介 ホームページを見て 医療機関からの紹介 その他 ()

ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください

