

問診票

受診当日に、受付へ提出ください。

ふりがな

お名前

利き手 (右・左)

ご住所：〒 -

電話番号：

ご職業：

1：ご来院の理由、症状についてご記入ください。複数可。

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭をぶつけた | <input type="checkbox"/> 頭痛、頭が重い | <input type="checkbox"/> 首が重い、肩こり | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 吐き気、嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 手足の動きにくさ (手・足) (右・左) | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ (手・足) (右・左) | <input type="checkbox"/> ふらつく | | |
| <input type="checkbox"/> 反応が悪い、ぼーっとする | <input type="checkbox"/> 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> しゃべりづらい | <input type="checkbox"/> 物忘れ | |
| <input type="checkbox"/> けいれん | <input type="checkbox"/> 記憶が飛ぶ | <input type="checkbox"/> 仕事中的受傷 | <input type="checkbox"/> 交通事故 | |
| <input type="checkbox"/> その他 (| | | |) |

2：症状は、いつ頃から、どのように始まりましたか？

() 年 () 月 () 日頃から、 だんだん起こった 突然起こった

3：現在、過去の病気について記入ください。

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 肝臓病 () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | | |
| <input type="checkbox"/> 脳疾患 () | <input type="checkbox"/> 精神疾患 () | | | |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 () | |
| <input type="checkbox"/> がん () | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

4：現在通院している医療機関について記入ください。

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通院なし | <input type="checkbox"/> 通院あり | * 「通院あり」の場合、病名、病院・医院名を記入ください。 |
| | 病 名 () | |
| | 病院・医院名 () | |

5：現在、服薬中のお薬はありますか？ (漢方薬、健康食品、サプリメントを含む)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| | * 「ある」場合、「お薬手帳」等ありましたら、ご用意ください。 |

6：今までに手術を受けたことはありますか？

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | * 「ある」場合、何歳頃に、何の手術を受けましたか？ |
| | () | |

7：薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか？

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | * 「ある」場合、分かれば薬や食べ物の名前を記入ください。 |
| | () | |

8：精密検査を希望しますか

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない (必要あれば、ほか) |
|------------------------------|-----------------------------|---|

9：女性の方へ： CTやレントゲン検査、投薬のための質問です

- | | |
|---|--|
| ・現在、妊娠していますか？ | ・現在、授乳中ですか？ |
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 週) | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |

10：体内に金属がありますか？ (歯の詰め物 (金歯、銀歯など) は除きます。)

- | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------------|
| ペースメーカー | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| その他の体内金属 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある |
| | | * 刺青 (アイライン眉など美容目的のものを含む) も体内金属「あり」 |