

問診票

受診当日に、受付へ提出ください。

ふりがな	生年月日		
お名前	昭和 平成 令和 西暦	年	月 日 (歳)
ご住所：〒	-		
電話番号：			
ご職業：	身長	cm	体重 kg 利き手 (右・左)

* 次の質問にお答えください。

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、ぼーとする | <input type="checkbox"/> 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> シャベリづらい | <input type="checkbox"/> 物忘れ | |
| <input type="checkbox"/> けいれん (部位：) | <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：かかったことのある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はありますか。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、病院名を記入ください。 |
| 病院名 () | | |

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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、「お薬手帳」などを持参・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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | * 「はい」の場合、分かれば薬や食べ物の名前を記入ください。 |
| () | | |

8：今までに頭部MRIや頭部CTの検査歴はありますか。

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | →異常指摘： <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|------------------------------|---|

9：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"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| その他の体内金属 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| * 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」 | | |

10：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"/> はい (妊娠 週) <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |