

## 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。

- はい  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)

- はい  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。

- はい  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。

- はい  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。

- はい  いいえ →異常指摘：あり( ) 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 |