問診票

ふりがな お名前	生年月日 昭和　平成 令和　西暦　　年　　月　　日（　　歳）

ご住所：（〒　　ー　　）

電話番号：　　携帯電話：　　（本人　家族）

ご職業：	身長　　cm	体重　　kg	利き手（　右　　左　）

どなたといらっしゃいましたか　　（　　）

1．いつからどのような症状でお困りですか

※□仕事中の受傷　□交通事故　□学校での受傷　　の場合は、チェックして下さい

2．現在、通院し治療している病気はありますか
　また、飲んでいるお薬がありますか（はい　いいえ）　※お薬手帳をお持ちの方はお出しください

いつから	病名	病院	内服薬
			あり・なし
			あり・なし
			あり・なし

3．今までにかかった病気はありますか　　□なし
　糖尿病　高血圧　心臓病　肝臓病　脳疾患　腎臓病　緑内障　がん　甲状腺疾患
脂質異常症　高尿酸血症　精神疾患　喘息　前立腺肥大症　その他（　　）

4．今までに手術を受けたことはありますか　　□あり　　□なし

病名		いつ頃	
病名		いつ頃	
病名		いつ頃	

5．この1年間で健診を受診しましたか
　　□はい　（異常指摘　□あり　□なし）　　□いいえ

6．薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか　□なし
　　□ある　（　　）

7．今までに頭部MRIや頭部CTの検査歴はありますか
　　□はい　（異常指摘　□あり　□なし）　　□いいえ

8．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　□ある　□なし
　　その他の体内金属　□ある　□なし

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
　　□はい（妊娠　　週）　□いいえ　　□はい　□いいえ

診療の情報は、学術目的等の医学発展のために利用させていただく場合がございます。
個人が特定されうる情報はすべて削除します。ご協力よろしくお願いいたします。