

問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	年 齢	
住所	〒		電話番号	
身長	cm	体重	kg	

- 今日はいかがなさいましたか？ 主な症状を以下から選んで○でかこんでください。
(複数回答可、その他の場合は内容を具体的にお書きください)
頭痛 ・ 首の痛み ・ 肩こり ・ 背中痛み ・ 胸痛 ・ 腰痛 ・ 手足のしびれ
手足の脱力 ・ 手足のふるえ ・ めまい ・ しゃべりにくい ・ 難聴 ・ 耳鳴り
動悸 ・ 発熱 ・ 頭部打撲
その他 ()
- 症状はいつ頃から出ましたか？
()
- 今までにかかれた病気はありますか？
はい ・ いいえ
- はいの場合、以下からお選び下さい。以下から選んで○でかこんでください。(複数回答可)
脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧症、脂質異常症、糖尿病
不整脈、心筋梗塞、狭心症、心不全、喘息、肝疾患、腎疾患
その他 ()
- ご家族の方が今までに脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞、心筋梗塞にかかれた事がありますか？
はい ・ いいえ
- 現在お薬を飲んでいますか？ (服用中の薬が分かるお薬手帳等を受付に提示してください。)
はい ・ いいえ
- アレルギーはございますか？ (薬物、造影剤、食物、植物など)
はい () ・ いいえ
- 手術をされたことはありますか？
はい ・ いいえ
はいの場合手術の内容を具体的にお書きください。
()
- 体の中に手術や外傷などで金属は入っていますか？ (MRI 撮影の際、重要です。)
はい (部位：) ・ いいえ
- 閉所恐怖症ですか？
はい ・ いいえ
- タバコを吸っていますか？
はい (1日 本、喫煙年数 年くらい) ・ いいえ
- 女性の方は妊娠の可能性がありますか？
妊娠している ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性はある ・ 妊娠の可能性はない
- MRI 等の検査は希望されますか？
はい ・ いいえ
- 当院を何で知りましたか？
知人の紹介・他院の紹介・ホームページ・広告・内覧会・その他 ()