

問 診 票

ID

記入者氏名		続柄	
-------	--	----	--

お答えできる範囲で結構ですので記入して下さい。御家族または付き添いの方が記入して下さいでも結構です。

(フリガナ) 患者氏名		男・女	生年月日 年 月 日	T・S・H・R	年 月 日
身長	cm	体重	kg	妊娠(無・有)・授乳(無・有)	利き手 右・左・両
1. いつからの症状でしょうか? () 頃から)					
2. どんな症状でいらっしゃいましたか? 1) 頭痛 2) しびれ 3) めまい 4) 外傷(頭部打撲)、出血あり ・交通事故の方は事故年月日を記入して下さい。() 年 () 月 () 日 5) その他〔 () 〕					
3. 今までに大きな病気や手術をされましたか?それはいつ頃でしたか?主なものを記入して下さい。 年齢 () 病名 () 手術名/病院名 () () () () () () ()					
4. 他の病院に通院されている方は病院名と病名をご記入下さい。 病院名 () 病名 () () () () ()					
5. 毎日飲んでいるお薬はありますか?(あり ・ なし) お薬手帳(あり ・ なし) 血液をサラサラにするお薬はありますか?(あり:薬剤名 ・ なし)					
6. 今までにお薬などでアレルギーを起したことがありますか?それは何が原因でしたか? (ない・ある)原因:() 例:アルコール綿、抗生物質、卵					
7. ご家族に脳の病気の方はいらっしゃいますか?(○をつけて、家族の続柄を記載して下さい) 脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・脳腫瘍など ()					
8. 嗜好品についてお尋ねします。○を付けて回数や量を記入して下さい。 お酒を(毎日飲む・週に 回・月に 回・飲まない) → 飲む方(1日 合くらい) たばこを(喫う・喫わない) → 喫う方は(1日 本ぐらい喫う)					
10. 閉所恐怖症(有・無) MRIやCTの経験(有・無)			11. 頭の検査をしたことがありますか (有・無) いつどこで()		
12. どこで当院を知りましたか (他院からの紹介・友人等からの紹介・看板・WEB・ちらし・他)					

Ver.2.3

保険証の受け取りサイン