

問 診 票

ID. _____ 記入年月日 年 月 日

氏名	ふりがな _____ 男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____	電話	自宅 () 携帯 ()
緊急の連絡先	氏名 _____ 続柄 ()	電話番号	()
施設入所中 →	施設名 ()	種類 ()	電話番号 ()

1. 受診理由をお聞かせください

症状はいつからですか？ 年 月 日・() 頃から

①頭が痛い ②頭を打った(交通事故・業務中・その他) ③物忘れ ④手足のしびれ感・マヒ
⑤言葉が出づらい ⑥めまい(まわる・ふらふらする) ⑦他院からの紹介(診察・検査) ⑧脳ドック
⑨その他 ()

2. 他の医療機関に現在通院されていますか？

はい (通院先 _____) (病名 _____) ・ いいえ

●現在内服中のお薬はありますか？…………… ある (内容 _____) ない

●過去に大きな病気にかかったことがありますか？… ある (内容 _____) ない

●手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
◆はいの方 → どのような手術ですか？ ()

●何らかのアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
◆はいの方 → 喘息 (あり・ なし) ・ 薬 () ・ 食べ物 () ・ 他 ()

3. 過去に血縁者の中で手術や長期入院が必要な病気にかかれた方はいらっしゃいましたか？

はい ・ いいえ
病名・続柄等 ()

4. 嗜好についてお伺いします

①タバコ 吸う (1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年) ・ 吸わない
②アルコール 飲む (1日の量と種類は _____) ・ 飲まない

5. 現在、妊娠されていますか？(もしくは可能性がありますか？)

はい (_____ ヶ月) ・ いいえ (最終月経 _____ 月 日)

6. 当院はどこでお知りになりましたか？

①知人・家族からの紹介 ②医療機関からの紹介 (_____)
③近所に住んでいる ④通りがかりで知った ⑤折り込み広告等 (_____)
⑥インターネット ⑦その他 (_____)