

# 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 ( )

## 1. 受診理由をお聞かせください

- 頭が痛い    物忘れ    頭を打った    手足のしびれ感・マヒ    言葉が出づらい  
 めまい    脳ドック    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 ( )  
                  ●お薬名 ( )   ●お薬手帳 (あり・なし)  
 いいえ

## 3. 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

## 4. 手術を受けたことはありますか？

- はい (手術名 \_\_\_\_\_)    いいえ

## 5. アレルギーはありますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ )    いいえ

## 6. 嗜好歴はありますか？

タバコ (  吸う ・  吸わない )   アルコール (  飲む ・  飲まない )

## 7. 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)

## 8. 当院はどこでお知りになりましたか？

- 知人・家族からの紹介    医療機関からの紹介 ( \_\_\_\_\_ )    通りがかりで知った  
 折り込み広告等    インターネット    駅看板    バス放送    その他 ( \_\_\_\_\_ )

