

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 (_____)

