

年 月 日

## 問診票

|       |     |      |       |             |               |
|-------|-----|------|-------|-------------|---------------|
| ふりがな  |     | 男・女  | 生年月日  | 大正・昭和・平成・令和 | お薬手帳の<br>お預かり |
| 氏名    |     |      |       | 年 月 日( 歳)   |               |
| 自宅住所  | 〒 - | 身長:  | cm    | 体重:         | kg            |
| 自宅電話  |     | 携帯電話 |       |             |               |
| 緊急連絡先 | 氏名: | 続柄:  | 電話番号: |             |               |

① 本日はどのような症状のために来院されましたか？

- ☐頭痛 ☐めまい ☐もの忘れ ☐手足の力が入りにくい  
☐腰痛 ☐くびの痛み ☐手足のしびれ ☐その他( )

② それはいつごろからですか？

- ☐ 日前から ☐ ヶ月前から ☐ 年前から

③ 発症様式と症状の経過はどうですか？

- ☐突然 ☐いつのまにか ☐悪化している ☐変わらない ☐改善傾向

④ 薬や食べ物などでアレルギーを生じたことはありますか？

- ☐ない ☐ある⇒(薬: )  
(食べ物: )  
(その他: )

⑤ 既往歴や内服中の薬について教えてください。

- ☐高血圧 ☐高コレステロール ☐糖尿病 ☐脳卒中 ☐不整脈 ☐頸椎あるいは腰椎疾患  
☐呼吸器疾患 ☐その他( )

⑥ 今までに手術を受けたことがありますか？

- ☐ない ☐ある⇒(部位・手術名・いつ? )

⑦ たばこを吸いますか？

- ☐吸わない ☐吸う( 本/日)

⑧ お酒を飲みますか？

- ☐飲まない ☐週 1 回程度飲む ☐週 2-3 回程度飲む ☐ほぼ毎日飲む

⑨ 現在妊娠の可能性はありますか？

- ☐はい ☐いいえ

⑩ 2週間以内に発熱はありましたか？

- ☐はい ☐いいえ

⑪ 下記の 3 点について同意しない方は下記にチェックをお願いします。

- ☐限度額適用認定証提供 ☐特定健診情報閲覧 ☐手術・診療・薬剤情報閲覧

⑫ 明細書の発行を希望されますか？

- ☐はい ☐いいえ

⑬ 18 歳未満の方は、保護者の方に診察・検査について同意をいただいていますか。

- ☐はい ☐いいえ 同伴者署名【 】 続柄【 】

ご記入いただきありがとうございます。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください



もりや脳神経クリニック