

外・休・深 :

# 問診票

ID : \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

ふりがな		男	生 年 月 日	年齢
氏名		・	大・昭・平	
		女	年 月 日	
住所	(〒 - )	ご連絡可能な電話番号		
		自宅：		
		携帯：		

★下記の質問に当てはまる項目に  をしてください。

1) 紹介状がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	2) 以前に 当院で診察を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ頃： )
3) どうされましたか？ <input type="checkbox"/> 頭痛 [【症 状】 ・突然・ ・ だんだん強くなっている ・ ずっと続いている ・ 今は無い 【痛みの強さ】・ 激痛 ・ 強い ・ 中くらい ・ 弱い ・ 無い <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> ろれつがまわらない <input type="checkbox"/> 言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 手足の動き悪い 右・左 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ 右・左 <input type="checkbox"/> 手足の震え 右・左 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 頭部打撲 (どのように⇒ ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
4) いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2～3 日前から <input type="checkbox"/> 1 週間前から <input type="checkbox"/> その他 ( )	
5) 今までにどのような病気をしましたか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳梗塞・ ・ 脳出血) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
6) かかりつけの病院・医院はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病・ 医院名： )	
7) 毎日飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は 受付に見せてください) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ ]	
8) 今までに手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (手術名・ 部位： )	
9) 妊娠又は その可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
10) 本日は 交通事故 又は 労災適用ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
11) 診療明細書を希望されますか？ (代金は発生しません) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する	
※マイク等でお名前を呼ばれたくない方は お申し出ください。	

\*\*\*\*\*ご記入が終わりましたら 受付までお持ちください。\*\*\*\*\*