

# 初診患者様用 問診票

ID( )

ご面倒をおかけいたしますが、診療に役立てるため下記の質問にお答え下さい。

ふりがな				受診日	20 年 月 日 ( )		
氏名				性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -			電話番号 (日中の連絡先をご記入下さい)			
				自宅	( )		
身長	cm	体重	kg	携帯 ( )			

①どのような**症状**で来院されましたか？ (○をつけて下さい)

頭痛・めまい・ふらつき・首や肩がこる・しびれ(手・足・顔)・物忘れ・  
手足が動きにくい・しゃべりにくい・目が見えにくい・頭を打った・紹介状あり

その他 ( )

②その**症状**はいつからはじまりましたか？

年 月 日 午前・午後 時 頃から (突然起こった・徐々に起こった)

③今回の**症状**で他の医院、病院などを受診されましたか？

いいえ ・ はい：( ) 医院・病院

④現在治療されているご病気、お薬についてお教え下さい。

ご病気 ( )

お薬 ( なし・あり ) お薬手帳あり

⑤今まで次の病気にかかったことがありますか？ (あれば○をつけて下さい)

高血圧・糖尿病・高コレステロール血症・脳梗塞・脳出血・脳卒中・心臓病

不整脈・ぜんそく・その他 ( )

⑥食品やお薬のアレルギーの有無についてお教え下さい。

なし ・ あり：( )

⑦たばこは吸いますか？ いいえ・はい：1日 ( ) 本× ( ) 年間

⑧お酒は飲みますか？ いいえ・はい：( ) を1日 ( ) くらい

⑨血縁関係でご病気の方はいらっしゃいますか？ (続柄： 病名： )

⑩現在妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ いいえ ・ はい

⑪介護保険受給されていますか？ いいえ ・ はい (介護 要支援 )

⑫当院を受診されたきっかけは何ですか？ (○をつけて下さい)

インターネット・チラシ・電話帳・人からの紹介・駅広告・看板・その他 ( )

ご協力ありがとうございました。個人情報につきましては、当院の個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

確認欄： Ns ・ 技師