

## 【問診票】

フリガナ		女性 ・ 男性	職業	
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生 ( 歳)
住所	(〒 - ) ※アパート、マンション名、〇号室まで御記入をお願いします。			
電話番号	-	-	携帯番号	- -
	家族の連絡先(御関係)			- -

※当てはまる□にチェックをし、必要があれば記入願います。

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット    家族    友人・知人    自宅が近く    当院の看板  
電話帳    他の医療機関    その他 ( )

1) 今日はどうされましたか？お困りの症状は何ですか？（複数回答可）

頭痛    めまい    物忘れ    ふるえ    手足のしびれ    耳鳴り  
頭部打撲    ロレツがまわらない    交通事故    視覚異常    顔面の痛み    その他

2) 現在、治療を受けている病気はありますか？病院名や薬についてもご記入ください。

高血圧症    糖尿病    高脂血症    脳梗塞    脳出血  
心筋梗塞    狭心症    認知症    その他 ( )

・ どの病院に通院していますか？ ( )

・ 飲んでいる薬はありますか？ ある なし  
 (お薬手帳をお持ちの方は一緒に受付にお出し下さい)

3) 過去にかかった病気や大きな怪我（頭を打ったなど）があればご記入ください。

4) 身内の方で下記の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

高血圧    糖尿病    脳梗塞    くも膜下出血    心臓病    喘息  
悪性疾患    その他 ( )

5) お酒は飲まれますか？

飲む (週 日)    飲まない

関係者記入欄

利き手 ( 右 ・ 左 )

6) たばこは吸われますか？

吸う (1日 本)    以前は吸っていた ( 年前)    吸わない

7) 食事または薬剤にアレルギーがありますか？ はい いいえ

※必要によりMRIの検査を致しますので、下記の質問にお答え下さい。

1) これまでにMRI検査を受けたことがありますか？ はい (約 年前) いいえ

2) 現在妊娠をしていますか？ している    していない    可能性あり  
 現在授乳をしていますか？ している    していない

3) 下記の項目について該当するほうに○をつけて下さい。

心臓ペースメーカー …ある・ない

手術などで体に金属(人工関節・ボルト固定・クリップ・ステント等)

が入っていますか？ …ある・ない

補聴器 …ある・ない

カラーコンタクトレンズ …ある・ない

アートメイク・刺青 …ある・ない

入れ歯 …ある・ない

	可能性あり		可能性なし	
	医師	看護師	ある	ない
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術などで体に金属(人工関節・ボルト固定・クリップ・ステント等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アートメイク・刺青	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入れ歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

関係者記入欄

※今後当院から医療情報や診療案内等の連絡を必要としない方はチェックしてください。

ご協力ありがとうございました