

問診票

受診日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前	男・女	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	歳
ご住所	〒 - - TEL - -		

◎ 工作中的ケガや交通事故の場合は○をつけて下さい (工作中的ケガ ・ 交通事故)

(1) 本日のような症状で受診されましたか？

- ①頭のケガをした ②頭痛、頭が重い、頭の違和感 ③しびれ(手、足) (右、左)
 ④めまい、ふらつき ⑤手足や顔が動かしにくい ⑥物忘れ
 ⑦しゃべりにくい ⑧その他 ()

症状はいつからですか？ 年 月 日ころから

(2) **現在** 治療をしている病気はありますか？

- いいえ
 はい 高血圧・糖尿病・脂質異常症(高脂血症)・前立腺肥大症・緑内障・喘息・不整脈
 その他 ()

(3) 現在、お薬を飲んでいますか？ **薬手帳がある場合は提出してください。**

- いいえ [薬の名前]
 はい→ []

(4) **以前** かった病気、入院治療をした病気、手術した病気はありますか？

- いいえ
 はい 脳梗塞・心臓病・喘息
 その他 ()

(5) 妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) はい ・ いいえ

(6) アレルギーや合わない薬などがありますか？

- いいえ
 はい 食べ物 ()
 お薬 ()

(7) タバコは吸いますか？

- 吸ったことがない ・ 吸っていたが () 歳からやめた ・ 吸っている 1日 () 本

(8) どこで当院を知りましたか？

(他の病院や家族や友人からの紹介・以前受診したことがある・近所・ホームページ・他)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。