

問診票

		受診日	令和	年	月	日
ふりがな	ID	年齢	性別			
氏名	生年月日					
		年	月	日	歳	男・女
住所 〒		介護認定（あり・なし）				
		（要支援・要介護） （1・2・3・4・5）				
電話番号	携帯電話	身長	cm	体重	kg	
1 どのような症状がありますか？ ☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ しびれ ☐ 物忘れ ☐ 腰痛 ☐ 坐骨神経痛 ☐ その他（詳しく						
2 いつからそのような症状がありましたか？ 今日 昨日 1週間前 1ヶ月前 半年前 1年前 数年前 10年以上前						
3 その他症状など気になることがあればお書きください。						
4 今までにMRIを受けたことはありますか？（有・無） 受けられた方は時期・理由などお書きください						
5 今までにかかった病気はありますか？（有・無） ☐ 血圧が高い ☐ 血糖が高い ☐ コレステロールが高い ☐ 脳梗塞 ☐ 脳内出血 ☐ くも膜下出血 ☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 不整脈						
6 現在服用されているお薬はありますか？（有・無）お薬手帳はお持ちですか？（有・無）						
7 入院・手術をしたことはありますか？（有・無） 時期・病名・手術名・病院名など判る範囲でご記入ください。						
8 アレルギーが出たことはありますか？ （有・無） 薬品名、食品名などご記入下さい						
9 喫煙されますか？ （吸う・吸わない）		歳から1日	本			
10 飲酒されますか？ （飲む・飲まない） 頻度：毎日・2-3回/週・1回/週・2-3回/月・機会飲酒 酒類：ビール・ハイボール・酎ハイ・焼酎・日本酒 1回につき（ ）合・ml・杯						
11 女性の方にお聞きします。妊娠していますか、またはその可能性がありますか（有・無）						
12 ご家族で下記のご病気はありますか？（有・無） ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ コレステロールが高い ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ 狭心症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 不整脈 ☐ 片頭痛						
13 下の中であてはまるものはありますか（有・無）あてはまるものをチェックしてください ☐ ペースメーカー ☐ 人工内耳 ☐ 動脈瘤クリッピング ☐ シャント ☐ 補聴器 ☐ 刺青（眉毛、アイラインなど） ☐ 避妊リング ☐ コンタクトレンズ ☐ インプラント ☐ 閉所恐怖症						
14 当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可） ☐ 知人の紹介 ☐ 他医療機関からの紹介 ☐ 近所にお住まい ☐ 情報誌を見て ☐ 広告を見て ☐ ホームページを見て						
15 検索サイトは何を使用されていますか？ ☐ Google ☐ Yahoo！ ☐ その他						