

# 問診票

		受診日	令和	年	月	日
ふりがな 氏名	ID 生年月日 年 月 日	年齢	歳	性別	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？ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 <input type="checkbox"/> 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？ <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"> <span style="margin: 0 10px;">今日</span> <span style="margin: 0 10px;">昨日</span> <span style="margin: 0 10px;">1週間前</span> <span style="margin: 0 10px;">1ヶ月前</span> <span style="margin: 0 10px;">半年前</span> <span style="margin: 0 10px;">1年前</span> <span style="margin: 0 10px;">数年前</span> <span style="margin: 0 10px;">10年以上前</span> </div>						
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） <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 血糖が高い <input type="checkbox"/> コレステロールが高い <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> コレステロールが高い <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリッピング <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 刺青（眉毛、アイラインなど） <input type="checkbox"/> 避妊リング <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 近所にお住まい <input type="checkbox"/> 情報誌を見て <input type="checkbox"/> 広告を見て <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> その他						