

問診票

平成____年____月____日

フリガナ

名前：_____

ご職業：_____

生年月日： 大・昭・平 年 月 日

利き手： 右利き 左利き

電話番号： 自宅 _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg

携帯 _____

住所： 〒 _____

どのような症状で受診されましたか？

頭痛

首こり・肩こり

めまい・吐き気

けいれん・意識消失

物忘れ

打撲

力が入りにくい

話しにくい

しびれ

目が見えにくい

今までにかかった病気はありますか？

高血圧

糖尿病

不整脈・心臓病

喘息

脳梗塞・脳内出血

高脂血症

その他（ _____ ）

今まで手術を受けたことはありますか？

なし

あり（ _____ ）

これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

今日から 昨日から 3日前 1週間前 1ヶ月前 3ヶ月前

平成____年____月____日頃（ 突然 ・ 徐々に ）

ご家族に同様の症状の方はいますか？

なし ・ あり（ _____ ）

今まで薬・食べ物などでアレルギーをおこしたことがありますか？

なし ・ あり（ いつごろ / どんな _____ ）

どちらからの紹介ですか？

東京女子医科大学・さいたまガンマナイフセンター・三愛病院・他医療機関（ _____ ）

インターネット・広告・口コミ・その他（ _____ ）

予約患者・緊急性の高い患者優先のため、順番が変わることがあります。

何卒ご理解、ご了承ください。

おちあい脳クリニック 院長