

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		携帯電話			
名前		緊急連絡先			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	利き手	右・左	身長	cm 体重 kg
住所	〒		職業		
どのような症状で受診されましたか？			今までに診断を受けた病気はありますか？		
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 首こり・肩こり <input type="checkbox"/> めまい・吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん・意識消失 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 頭部打撲 <input type="checkbox"/> 力が入りにくい・麻痺 <input type="checkbox"/> 話にくい <input type="checkbox"/> しびれ（右・左）（上肢・下肢） <input type="checkbox"/> 目が見えにくい			<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳内出血 <input type="checkbox"/> 難治性疼痛 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> パーキンソン病・振戦 <input type="checkbox"/> ジストニア <input type="checkbox"/> その他（ ）		
			今まで手術を受けたことはありますか？		
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
			現在服用中の内服薬はありますか？		
			1.	4.	
			2.	5.	
			3.	6.	
これらの症状はいつ頃から始まりましたか？			薬・食物でアレルギーをおこしたことがありますか？		
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 3日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> 1か月前 <input type="checkbox"/> 3か月前 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃（突然に・徐々に）			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名・食物名： ） 症状：		
			普段の上の血圧はどれぐらいですか？		
家族に同様の症状の方はいますか？			<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 100以下 <input type="checkbox"/> 100-120 <input type="checkbox"/> 120-140 <input type="checkbox"/> 140-160 <input type="checkbox"/> 160-180 <input type="checkbox"/> 180以上		
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（ ）					
どちらからの紹介ですか？					
医療機関名：					
<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 友人家族などからの紹介 <input type="checkbox"/> 看板					

予約・緊急性の高い患者様優先の為、順番が変わることがあります。

おちあい脳クリニック 院長