

問診票

受診日 20 年 月 日

ふりがな		性別	男 / 女
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)

◆本日は、どうされましたか？

()

◆それは、いつですか？ また、いつからですか？

_____年_____月_____日 ごろ (突然 ・ だんだん ・ 時々)

◆この症状は、どのように変化してきていますか？

変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている

◆この症状について他の病院に受診しましたか？

いいえ ・ はい (病院名 _____) 検査を受けた 処方を受けた

◆今日 1 番気になっている症状は、どれくらい辛いですか？ 数字に○を付けてください。

										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
全く症状が無い					これ以上耐えられないほど辛い					

① 既往歴 (今までにかかった病気・ケガ、入院、手術など)

(_____ 歳 病名 _____ 入院 手術 輸血)

(_____ 歳 病名 _____ 入院 手術 輸血)

② 感染症 なし ・ 以前あり ・ あり B 型肝炎 C 型肝炎 HIV その他 (_____)

③ 現在通院中の病院 (今回の症状以外で)

1) 病院名 : _____ 病名 : _____ 薬の処方 有 ・ 無 _____

2) 病院名 : _____ 病名 : _____ 薬の処方 有 ・ 無 _____

※お薬手帳を持参の場合は、受付に提出してください。

④ 嗜好品 1) 喫煙 : 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸う (1 日 _____ 本 _____ 歳 ~ _____ 歳)

2) 飲酒 : 飲まない ・ 機会飲酒 ・ 飲む (1 日約 _____ ml 週 _____ 日程度)

⑤ 食べ物や薬のアレルギー なし ・ あり (_____)

⑥ 血縁者の中に、脳血管疾患を患った方はいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ

→ 「はい」の方 続柄 (_____) 病名 (_____)

●女性の方のみ差し支えなければ記入をして下さい。

・ 現在、生理中ですか？ いいえ ・ はい

・ 現在、妊娠中または妊娠をしている可能性はありますか？ いいえ ・ はい (_____ 週)