

問診票

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	お薬手帳の お預かり
氏名				年 月 日(歳)	
自宅住所	〒 -	身長: cm 体重: kg			
自宅電話		携帯電話			
緊急連絡先	氏名:	続柄:	電話番号:		

① 本日はどのような症状のために来院されましたか？

()

② それはいつごろからですか？

()

③ 発症様式と症状の経過はどうですか？

突然 いつのまにか 悪化している 変わらない 改善傾向

④ 薬や食べ物などでアレルギーを生じたことはありますか？

ない ある⇒(薬:)
(食べ物:)
(その他:)

⑤ 既往歴や内服中の薬について教えてください。

高血圧 高コレステロール 糖尿病 脳卒中 不整脈 頸椎あるいは腰椎疾患
呼吸器疾患 その他()

⑥ 今までに手術を受けたことがありますか？

ない ある⇒(部位・手術名・いつ?)

⑦ たばこを吸いますか？

吸わない 吸う(本/日)

⑧ お酒を飲みますか？

飲まない 週1回程度飲む 週2-3回程度飲む ほぼ毎日飲む

⑨ 現在妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

⑩ 2週間以内に発熱はありましたか？

はい いいえ

⑪ 当院をどのようにお知りになりましたか？

インターネット 新聞のちらし 家族・知人 看板 その他()

⑫ 明細書の発行を希望されますか？

はい いいえ

ご記入いただきありがとうございます。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください



もりや脳神経クリニック