

問 診 票

お名前

様

1. 現在の症状に 印を付けて下さい。

() 頭が痛い

() めまいがする

() しびれがある

() 頭をぶつけた・けがをした (交通事故 ・ 勤務中 ・ 通勤途中 ・ その他)

これまでに感じたことのない症状である。

() 物忘れ

() その他

2. 今までにかかられた病気・治療(手術)、現在治療中の病気をご記入下さい。

3. **お薬手帳を受付にお出し下さい。** お持ちでない方は服用中のお薬名をご記入下さい。

4. ご家族の病歴(あり ・ なし ・ 不明)ありの方は()内にご記入下さい。

例: 脳卒中(祖父、母)

脳卒中() 高血圧() がん()

心臓病() 糖尿病() 精神病()

5. 嗜好品・アレルギーについて、該当する箇所を○で囲みご記入下さい。

アルコール : 飲まない 時々飲む 毎日飲む-何を _____ 量 _____

タバコ : 吸う _____ 本 / 日 喫煙期間 _____ 年

吸わない ・ 禁煙した _____ 歳 以前は _____ 本 / 日

アレルギー : ない ある(薬剤 ・ 食品 ・ 花粉症 ・ ハウスダスト ・ その他)
具体的に _____

歯列矯正中: はい いいえ

6. 現在のお暮らし状況

女性の方のみ 妊娠中ですか?

_____ 人暮らし

(はい ・ いいえ)

* **ご本人以外**の緊急連絡先 (カタカナでご記入下さい)

① ナマエ _____ 様 **続柄** _____ TEL _____

② ナマエ _____ 様 **続柄** _____ TEL _____

7. 当院をどのようにお知りになりましたか?

紹介状あり ・ 口頭紹介 ・ 家族知人紹介 ・ ホームページ ・ 雑誌() ・ その他()

