

# 受付票

ご記入日：平成 年 月 日

フリガナ		Date of Birth (dd/mm/yy)	/	/	
お名前 Name	男 / 女 MAIR / FEMA	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	歳 Age
ご住所 Address	〒 -				
お電話 Telephone	(自宅) (携帯)	メールアドレス E-mail Address			

当院をお知りになったきっかけを教えてください。

きっかけ 自宅チラシ・会社チラシ・インターネット・知人からの紹介・その他

# 問診票

- ご来院の理由、症状であてはまるものに○をつけて下さい。  
頭痛 | 閃輝暗点 | 肩こり | めまい | 頭部打撲 | 吐き気 | 意識消失 | 耳鳴 (ひだり・みぎ) | 痙攣  
聴力低下 (ひだり・みぎ) | 睡眠障害 | 物忘れ | しびれ (上肢/ひだり・みぎ) | しびれ (下肢/ひだり・みぎ)  
その他 ( )  
具体的な症状をご記入下さい。 例) いつ頃から、どこが、どのように・・・ ( )
- 今までに脳の検査を受けたことがありますか? [はい・いいえ]  
受けたことのある検査・・・[頭部MRI・頭部CT・脳波検査・その他 ( )]  
いつ頃受けましたか?・・・[ 年 月 日頃 ] 理由 ( )  
異常はありましたか?・・・[はい・いいえ] “はい”の方 [内容 ]
- 現在または過去に病気をしたことがありますか? [はい・いいえ]  
該当する疾患を○で囲んでください。  
脳疾患・高血圧・脂質異常・不整脈・心臓疾患・糖尿病・痛風・ぜん息・肝臓病・胃十二指腸疾患・婦人科疾患  
泌尿器科疾患・腎臓病・呼吸器疾患・その他 ( )
- 今までに手術を受けられたことがありますか? [ある・ない]  
いつ頃ですか? 年 月 日または 年前 手術の内容 ( )
- 現在服用中のお薬はありますか [はい・いいえ]  
どんな薬ですか? 例) 痛み止めの薬など。もしお薬の名前がわかるようでしたら、ご記入ください。  
( )
- 薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか? [ある・ない]  
具体的にご記入下さい ( )
- お酒は飲みますか [はい・いいえ]  
お酒の種類と量 [ ] を、週に [ ] 日くらい飲む
- タバコは吸いますか [はい・いいえ]  
1日に [ ] 本 [ ] 年間吸っている。又は、 [ ] 年前に禁煙
- ご家族のご病気 (ある方のみ) を教えてください。  
父 ( ) 母 ( )  
兄弟 ( ) 祖父・祖母 ( )
- 身長、体重、職種など  
身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  
職業 ( ) 既婚・未婚

初・②～  
問診  
スタッフ  
印