

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

1 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・・・ ()

2 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]

3 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 ()

4 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 ()

5 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。
()

6 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 ()

7 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

8 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

9 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 ()

10 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