

問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_ (ID \_\_\_\_\_ )  
住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

1. 今日はどうされましたか？

- 頭痛      めまい      しびれ      もの忘れ      ふらつき  
頭を打った      意識を失った      力が入らない      呂律が回らない      けいれん  
ふるえ      耳鳴り・難聴      見え方がおかしい  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. それはいつから始まりましたか？または、いつ起きましたか？

- 今日      昨日      数日前      その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 今もその症状は続いていますか？

- はい      いいえ      その他 ( \_\_\_\_\_ )      よくわからない

4. 現在通院している医療機関はありますか？

- ない      ある (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

5. 持病、今までにかかった病気はありますか？

- 高血圧      糖尿病      高脂血症 (コレステロール・中性脂肪)      脳梗塞  
脳出血      心筋梗塞      狭心症      不整脈      腎臓病      透析中  
喘息      緑内障      消化性潰瘍      肝臓病  
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 (手術名、部位など: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_ )

7. 血縁者で脳血管の病気や心臓血管の病気などの既往のある方はいらっしゃいますか？

- いない      いる (ご関係: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ )

8. 薬のアレルギーはありますか？

- ない      ある (薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

9. 現在、過去を含め喫煙歴はありますか？

- ない      あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳)

10. お酒は飲みますか？

- いいえ      はい (何を \_\_\_\_\_ どのくらいの量 \_\_\_\_\_ 頻度: \_\_\_\_\_ )

11. 利き手はどちらですか？

- 右      左      両

14. 本日 MRI 検査を希望されますか？

- はい      いいえ      医師と相談して決めたい      わからない

15. 当院のことをどのようにお知りになりましたか？ (複数選択可)

- Google Map      ホームページ      駅などの看板広告      チラシ      口コミ      通りがかり  
知人からの情報      その他 ( \_\_\_\_\_ )