

## 問診票

記入者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

お答えできる範囲で結構ですので下記の質問にお答え下さい。本人以外の方が記入して下さいでも結構です。

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 性別 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_ 利き手 右・左 妊娠 有・無

本日受診希望診療科に○をお付け下さい：脳神経外科 脳神経内科 整形外科 眼科 耳鼻科  
内科(総合) 循環器内科 消化器内科 小児神経内科 外科

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？（痛みやしびれの場合、その部位もお書き下さい。）

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

・今日の（ ）時 ・昨日 ・（ ）日前 ・（ ）週間前 ・（ ）ヵ月前から

・症状の発見時間 （午前・午後 時 分）

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか？ （はい・いいえ）

（はい）の方～ 病名・ \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

・ \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

・薬を（飲んでいる・飲んでいない） ・お薬手帳（持ってきている・持ってきていない）

（薬品名） \_\_\_\_\_

3. 今までにかかった病気があれば□に印を入れて下さい。それはいつ頃ですか？

□高血圧（ ）頃 □糖尿病（ ）頃 □高脂血症（ ）頃 □心臓病（ ）頃

□脳疾患（ ）頃 □胃潰瘍（ ）頃 □その他（病名 \_\_\_\_\_）いつ頃（ ）

4. 今までに手術を受けたことはありますか？ （はい・いいえ）

（はい）の方～（ ）才頃 病名（ \_\_\_\_\_）

5. 体内に何か金属が入っていますか？または皮膚の装飾はありますか？ （ある・ない）

・ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工関節・骨プレート・心臓人工弁・人工内耳・インプラント

・ステント（脳、心臓、腹部）・シャントバルブ・義眼・刺青・アートメイク・その他（ \_\_\_\_\_）

6. 今までにお薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ （はい・いいえ）

（はい）の方～薬の名前（ \_\_\_\_\_） 食物の名前（ \_\_\_\_\_）

7. ご家族に脳の病気や、糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいらっしゃいますか？ （はい・いいえ）

（はい）の方～どなたですか（ \_\_\_\_\_）

8. 嗜好品についてお答えください。

酒（1日 \_\_\_\_\_） ・ときどき飲む ・飲まない

たばこ（1日 \_\_\_\_\_本） ・吸わない