

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ください。本人以外の方が記入して下さいでも結構です。

(お名前) _____ 様 (性別) 男・女 (身長) _____ cm (体重) _____ kg

(生年月日) 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 (職業) _____ (妊娠) 有・無

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 ・() カ月前から

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(飲んでる・飲んでない) ・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) 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