

# 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

付き添い  なし  あり(続柄 \_\_\_\_\_ ) 介護保険  なし  あり  申請中

## 今日はどのような症状がありますか？

- 頭痛  頭重感・違和感  めまい  ふらつき  嘔気・嘔吐  
【 しびれ  麻痺  ふるえ(部位:左/右・手/足・その他)】  歩行障害  
 意識障害・てんかん発作  言葉が出にくい・ろれつが回らない  
 頭をぶつけた・ケガをした  物忘れがある(  物忘れ相談の電話をした)  
 その他( \_\_\_\_\_ )

## 今回の症状で他の病院を受診しましたか？

- いいえ  はい(  他機関から受診するよう勧められた  紹介状を持ってきた)

## 症状を詳しくお書きください

い つ か ら[ \_\_\_\_\_ ]  
ど こ が[ \_\_\_\_\_ ]  
ど ん な 時 に[ \_\_\_\_\_ ]  
ど の よ う な 症 状 [ \_\_\_\_\_ ]

## 現在飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ  はい ※お薬手帳がある場合は受付へご提出ください

## 現在治療中のご病気はありますか？

- 高血圧  脂質異常症  糖尿病  
 脳血管障害(脳梗塞 脳出血 くも膜下出血)  脳腫瘍  心疾患  
 その他( \_\_\_\_\_ )

## アレルギーはありますか？

- なし  あり( \_\_\_\_\_ )

## 希望する医師はいますか？

- いない  いる(医師名または診療科: \_\_\_\_\_ )

※希望が無い場合は症状確認し、こちらで医師を選択させていただきます

## 当院を何で知りましたか？

- 当院ホームページ    Google、Yahoo!などのインターネット検索の結果
- Google マップなど地図アプリでの検索    ご家族、ご友人などからの紹介
- 他の医療機関からの紹介    市役所、包括支援センターなど公共機関からの紹介
- Facebook、Instagram    タウンニュース    市役所の掲示板
- 病院検索サイトや病院まとめサイトで知って    講演会・市民公開講座
- 建物内のフロアマップを見て    通りがかり
- 上記以外(\_\_\_\_\_)

## マイナ保険証をご利用される方へ

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認を実施しています。  
診療情報を取得し活用することで質の高い医療の提供に努めております。  
こちらの間診をもって保険証の情報取得について同意したものとさせていただきます  
ご不明な点ございましたら、ご遠慮なくスタッフまでお声かけください。

ありがとうございました。受付へ提出し待合でお待ちください