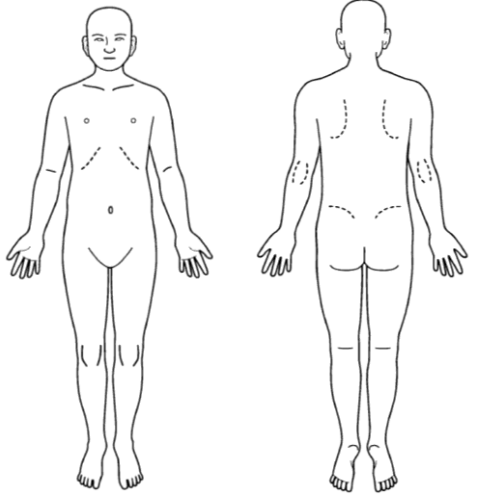


問診票

紹介状 ☐ なし ☐ あり

お名前		性別	生年月日	年齢							
ふりがな		男 ・ 女	年 月 日	歳							
主訴	頭痛 ・ めまい ・ しびれ ・ 歩行障害 ・ 意識消失 ・ もの忘れ ・ 打撲（傷：有 ・ 無）										
受診理由		症状のある部位をチェックしてください									
いつから（ ）頃から どのような症状											
頭痛	【痛みの種類】 ☐ 脈を打つ ☐ 刺す ☐ 絞めつけられる ☐ 重い ☐ 殴られたような 【持続時間】 ☐ 数秒 ☐ 数分 ☐ 数時間 ☐ 数日										
めまい	【めまいの種類】 ☐ 回転性 ☐ 横揺れ ☐ 浮遊感 【持続時間】 ☐ 数秒 ☐ 数分 ☐ 数時間 ☐ 立ち上がり時										
もの忘れ	☐ 日付が分からない ☐ 同じことを何度も質問する ☐ 外出して帰宅できない ☐ お金の管理が出来ない ☐ 火の不始末 ☐ その他（ ） 通院への付添い： ☐ なし ・ ☐ あり（ご関係 ） 介護保険申請： ☐ なし ・ ☐ あり（要支援 ・ 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5） ・ ☐ 申請中										
現在服用中のお薬 ☐ なし ・ ☐ あり ※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 ☐ なし ・ ☐ あり かかりつけ医（ ） ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常 ☐ 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 ☐ 整形外科疾患 ☐ その他（ ）											
アレルギー ☐ なし ・ ☐ あり（ ）											
飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む（ ____日/週・付き合い程度、種類： ）											
喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う（1日 ____本） ☐ 過去の喫煙歴（ ____年前/ ____か月前）											
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： ） ※希望がない場合は、症状を確認しこちらで医師を選択させていただきます。											

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