

初めて受診される方へ

この問診表は、診察をよりわかりやすく行うためのものです。記入が大変な場合は、職員が代わりに行います。診療情報提供書(紹介状)、フィルムなどを持参された方は一緒にお出してください。

フリガナ 生年 大・昭
氏名 _____ 男・女 月日 平・令 _____ 年 月 日 _____ 才

住所 〒 _____

日中繋がる電話番号 (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 本日来院された目的・気になっている症状

1. 頭痛(頭重感)がある
2. めまいがする
3. 肩こりがする
4. 手足がしびれる
5. 歩きにくくなった
6. 頭(くび)をぶつけた
7. 物忘れがすすんだ
8. ボクシングの為の検査
9. 検査(MRI)を希望して
10. その他(_____)

(2) その症状はいつごろからですか (_____)

(3) 今までに病気、けが、手術を受けたことなどがありますか

いいえ ・ はい (_____)

(4) 現在、投薬を受けていますか はい ・ いいえ

お薬手帳をお持ちの方は診察の際、お見せ下さい。

(5) 薬などでアレルギーがでたことはありますか

はい(_____) ・ いいえ

(6) タトゥー、入れ墨、カツラ、ウィッグを使用していますか はい ・ いいえ

(7) 本日、部分用白髪染め、増毛スプレー等、色が入った薬剤はつけてますか(美容室等で染めるものは大丈夫です) はい(少量も) ・ いいえ

(8) 心臓ペースメーカは使用していますか はい ・ いいえ

(9) 身体に金属などが入っていますか (骨折の手術などで) はい ・ いいえ

(10) 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか はい ・ いいえ

(11) 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか

1. インターネット
2. 知人の紹介
3. 医療機関からの紹介(_____)
4. その他(_____)