

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

心臓ペースメーカーは挿入していますか はい・いいえ

(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) 髪の毛に洗い流せるタイプの色が入った薬剤はついていませんか(美容室等で染めるものは大丈夫です) ついてる・ついてない

(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状 あり・なし
4. その他()