

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 〒 _____

携帯電話 (_____) 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

* 3日以内に37.5分以上の発熱はありますか 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(歯科矯正など) 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(_____) | | | |