

問診票

カルテNO:

年 月 日

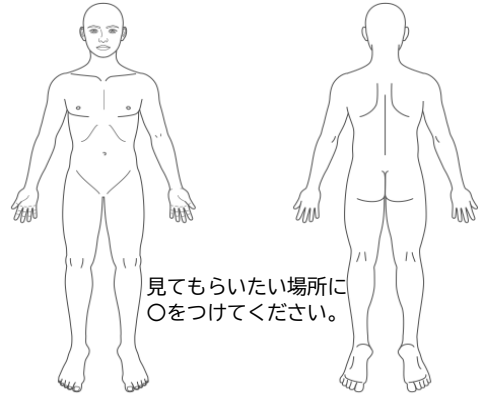
問診表は診察に役立てるものです。下記の項目についてご本人または、付き添いの方がご記入下さい。
ご記入いただいた個人情報は診療目的のみに使用し、他の目的には使用しません。

ふりがな		男・女	昭和・平成・令和
氏名			年 月 日(歳)
住所	(〒 -) 市 区	電話	自宅 () 携帯 ()

中学生以下の方はご記入ください→体重(kg)身長(cm)

1. 本日はどうなさいましたか? 該当する箇所には○をつけてください

発熱	のどが痛い	鼻水・鼻づまり	せき・たん
頭痛	めまい	物が二重に見える	
胸痛	どうき・息切れ	胸の圧迫感	
腹痛	食欲がない	便秘	血便が出た
かゆみ・	湿疹	かぶれ	
転倒した、どこかにぶつけた	関節が痛い		
健診で異常を指摘された・健康診断・予防接種			
その他()			



※通勤中や交通事故で起こったけが・症状の場合は受付にお声がけください

2. いつからですか? 今日・昨日・2日~3日前・1週間前・それより前()

3. 今までにかかった、または現在療養中の病気はありますか? ある・ない

高血圧 糖尿病 高脂血症 狭心症・心筋梗塞 脳出血・脳梗塞 痛風
花粉症 ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他()

4. 現在、通院中の病院はありますか? ある・ない

あると答えた方(病院名)

5. 本日はお薬手帳はお持ちですか? ある・ない

お薬手帳がない方で、今処方されている薬があれば記入して下さい。
(薬剤名:)

6. 薬や食べ物でアレルギーがありますか? ある・ない

それは何ですか? ()

■アルコール	飲まない	飲む(種類:)	週に 回、1回 ml
■たばこ	吸わない	吸う(1日: 本、約 年間)	
■女性の方へ	妊娠している可能性はありますか?	ある	ない
	授乳中ですか?	はい	いいえ

診察や治療についてご希望がございましたらお書き下さい。

()

【アンケート】今回の受診にあたり、『いしだクリニック』を選ばれた理由をお知らせ下さい。

既に知っていたから 脳神経外科専門医だから ホームページをみて 他医療機関に勧められた
家族に勧められて 知人や友人等に勧められて 学校や行政機関から勧められた その他()

※診察内容によって順番は前後することがあります、あらかじめご了承下さい。
また、何かお気づきの点がありましたらスタッフへお気軽にお申し出下さい。