

問診票

本日はどうなさいましたか？

当院では、ご心配の症状や疾患の把握のため、
最初に問診表を作成しています。

お分かりになる範囲で結構ですので、ご記入をお願いします。

※お名前、生年月日、ご住所、電話番号をご記入ください。

ふりがな

お名前： _____

生年月日： 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 才

ご住所： _____

電話番号： _____

緊急時連絡先： _____

※以下のあてはまる項目について、○で囲むもしくは具体的にご記入をお願いします。

① いつ頃から、どのような症状がありますか？

■いつ頃から自覚されていますか？（本日・昨日・数日前・数週間前・数か月前・ ）頃から）

■どのような症状がおありですか？以下の当てはまる項目についてご記入ください。

頭痛

1. どこが痛みますか？
・額のところ・目の周り・顔・頭のうしろ・頭のとっぺん・頭のよこ
2. どのような痛み方ですか？
・ズキンズキン・じわっと締めつけられる痛み・頭が重い・キリキリ・肩こり様
・頭痛の前兆がある・嘔気・嘔吐
3. 頭痛の持続時間は？ 数秒間・数分間・数時間
4. 頭痛薬は服用されていますか？市販薬も含みます。
（ない・ある → 「薬品名 」：効果 → ない・ある）

けが

1. けがをされたのは、いつ頃ですか？
・つい先ほど・数時間前・数日前・数週間前・その他（ ）
2. 傷はどのような状態でしょうか？
・腫れている・出血している・その他（ ）

脳卒中・まひ・しびれ

1. どのような症状がありますか？
・まひ（手や足が動かしにくい・物をうまくつかめない）・しびれ（鈍い感じ・びりびりする）
・呂律の障害（舌がうまくまわらない）・飲み込みの障害（強いむせ）・物が二重に見える
・物が見えにくい
2. これらの症状はどこにありますか？
・顔・上肢（指・手・肘・肩）・下肢（指・足首・ひざ）
3. いつ頃からありますか？
・つい先ほど・数時間前・数日前・数週間前・その他（ ）
4. ご自身に脳卒中の既往はありますか？
・脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他（ ）

めまい

1. どのようなめまいですか？
・回転性（ぐるぐる回る感じ）・浮遊感（ふわふわする感じ）
2. いつ出現しますか？（起床時・体動時「振り向いた時など」・安静時・常にある）
3. めまいの持続時間はどのくらいですか？（数秒間・数分間・数時間・数日）

もの忘れ

- ・人の名前が出てこない・同じ事を何度も質問する・自宅に帰られなくなったことがある
- ・同じ物を買ってくる・年令や日付が分らなくなる・その他（ ）

② 既往症や、内服薬についてお答えください。

既往症： 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高コレステロール血症 ・ 脳卒中 ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患

内服薬： 現在、内服されているお薬はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

* 「はい」の方は、お薬名をお書きください、あるいはお薬手帳を受付にご提示ください。

（ ）

手術歴： これまでに手術を受けたことはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

* 「はい」の方は、どのような手術を受けましたか？

（ ）

体内金属： ペースメーカーや手術、入れ墨などの体内金属はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

* 「はい」の方は、具体的にご記入ください。（ ）

③ あなたの血縁関係者（祖父母・両親・兄弟姉妹・子供）で、次の病気にかかったことのある、または現在かかっている方がいれば記入してください

脳梗塞（ ） ・ 脳出血（ ） ・ くも膜下出血（ ）

④ 喫煙しますか？

・ 吸わない

・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている 本／日

⑤ お酒をのみますか？

・ 飲まない

・ 飲む： 毎日 ・ 週（ ）回 ・ 機会飲酒

⑥ アレルギーはありますか？

・ なし

・ あり（薬： 食品： その他： ）

⑦ 妊娠・授乳

・ 妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

・ 授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

⑧ これまでに当院院長もしくは副院長の診察を受けられたことがあれば記入してください。

・ 医療機関名（ ） ・ 診断名や治療内容（ ）

問診表への記載が終了しましたら、受付にお渡しください。

※よろしければ、当院をお知りになったきっかけに○をつけてください。（複数可）

お住まいや職場がお近く（ ） 病院・クリニックからのご紹介（ ） ご家族からのご紹介（ ）

知人・友人からのご紹介（ ） 電話帳（ ） 新聞・チラシ・ぷらざ（ ） 看板（ ）

ホームページ（ ） バス広告（ ） 電車広告（ ） その他（ ）