

診療申込書・問診票

記入日： 2024年 月 日 ID

| | | | |
|--------|----------------------|--------|--------|
| かかりつけ医 | | | |
| フリガナ | | 性別 | 女・男 |
| 氏名 | | 身長/体重 | cm/ kg |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳) | 職業： | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | 自宅： | 携帯電話： | |
| 緊急連絡先 | 氏名： | 続柄 () | 電話番号： |

当院を知って頂いたきっかけについて当てはまる箇所に○をつけてください

医療機関からの紹介 () 0467-24-0099/救急相談センター

家族・友人・ご入所施設・学校・区役所・ケアマネージャー 等からの推奨 近隣在住で前を通りかかった 駅の看板を見て

当院ホームページ タウンニュース ドクターズファイル その他 ()

1. ①本日はどのような症状でご来院されましたか？

頭痛・めまい・頭を打った・もの忘れ・その他 ()

②症状はいつからありますか？

()年()月()日()時ごろ・数日前・数週間前・数ヶ月前

2. ①次の事項で気になる項目があれば○をつけて下さい。

不安・ストレス・疲労感・肩こり・姿勢が悪い・腰痛・動悸・耳鳴り・寝つきが悪い・途中で目覚める

②日常生活や仕事内容で当てはまる項目があれば○をつけて下さい。

座りっぱなしが多い・スマートフォン/パソコンをよく使う・細かい作業をする

立ちっぱなしが多い・運動不足・夜眠れない・不規則な生活・家で過ごすことが多い

③お酒は飲みますか？〈はい・いいえ〉

はいの方：飲む頻度はどれくらいですか？〈毎日・週に2,3日・時々〉

④タバコは吸いますか？〈はい・以前吸っていた(やめた)・いいえ〉喫煙歴〈 〉年くらい

3. ①今までかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？〈はい・いいえ〉

高血圧・脂質異常症・糖尿病・喘息・緑内障・心疾患〈不整脈・狭心症・心筋梗塞〉

腎疾患・肝疾患・脳梗塞・脳出血・その他 ()

②現在薬を飲んでいますか？〈はい・いいえ〉

(お薬手帳の持参がない場合) わかる範囲で薬剤名をご記入下さい。 ()

③今までに手術をしたことはありますか？〈はい・いいえ〉

いつ () 何の〈どこの〉 ()

④食べ物や薬、造影剤でアレルギー症状が出たことはありますか？〈はい・いいえ〉

食品、薬剤名 () 症状 ()

4. ①両親、兄妹、祖父母に以下の病気の方はいますか？〈はい・いいえ〉

はいと答えた方のみ：該当する病気に○をつけて下さい。

クモ膜下出血・脳動脈瘤・脳梗塞・脳出血・頭痛/片頭痛 ご関係： _____

※【女性の方へ】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〉