問診票

年　　月　　日

フリガナ
氏名

年齢　　才　生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日　男　女

〒
住所

電話番号

身長　　cm　体重　　kg

1 どのような症状ですか？　番号に〇印をお願いいたします

① 頭が痛い　② しびれ 麻痺(手　足　顔　右　左)　③ めまい

④ 吐き気　⑤ 物忘れ　⑥ 頭重感

⑦ しゃべりにくい　⑧ 片頭痛

⑨ 風邪をひいた　熱　　℃　⑩ お腹が痛い

⑪ ぶつけた　けが　⟶ 受傷した部位はどこですか？

交通事故 ・ 勤務中 ・ 通勤中　に受傷した方は〇印をつけてください

⑫ その他　①～⑪に当てはまらない症状がありましたらご記入ください

2 いつからですか？

3 治療中の病気、これまでにかかった病気はありますか？【　なし　・　あり　】

高血圧　高脂血症　糖尿病　脳卒中　心疾患　呼吸器疾患　肝臓病

その他

4 手術をうけたことがありますか？　【　なし　・　あり　】

ある場合は内容・時期などわかる
範囲でお答えください

5 現在、内服している薬はありますか？　【　なし　・　あり　】

6 妊娠の有無　【　なし　・　あり　】

7 その他、気になることなどありましたらご記入ください