

診療申込書・問診票

記入日： 年 月 日

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：		
かかりつけ医			
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：何をどれくらい飲みますか？お酒の種類（ ） 週 日/ 本 (ml)
- ④タバコは吸いますか？〈はい・以前吸っていた・いいえ〉喫煙歴：1日（ ）本（ ）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〉
ピルは服用していますか？〈はい・いいえ〉 当院における個人情報の利用目的」以外には利用いたしません。たまプラーザ脳神経クリニック