

# ~~~~問診票~~~~

来院日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	体温	°C		
お名前		年齢	歳	身長	cm	体重	kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日		
現住所	(〒 - )						
電話番号	( )						
携帯番号	( )						

- 今日は、いつから・どのような症状（理由）で来院されましたか。  
[ ]
- 既往歴（今までにかかった病気、いつ頃か）についてお伺いします。  
[ ]
- 飲んでる薬がありましたらお書きください。（なし・あり）  
※お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。  
[ ]
- 今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか。  
（なし ・ あり）※ありましたらその症状もお書きください。  
お薬                      食べ物                      症状  
[ ]
- 生活習慣についてお伺いします。  
喫煙（なし ・ あり ・ 過去にあり）  
喫煙歴（ 本/日                      年間）  
飲酒（なし ・ あり）  
飲酒量（ビール                      mL/日、 日本酒                      合/日、 焼酎                      mL/日）
- 遺伝的（血統）に脳卒中の方がいらっしゃいますか。（なし・あり）  
続柄【                      】 病名【                      】  
続柄【                      】 病名【                      】
- 本日どなたと来院していますか。  
[ ]
- 本日、検査は希望されますか。（はい・いいえ）
- 女性の方にお聞きします。妊娠していますか。（いいえ・はい・可能性あり）  
授乳中ですか。（いいえ・はい）

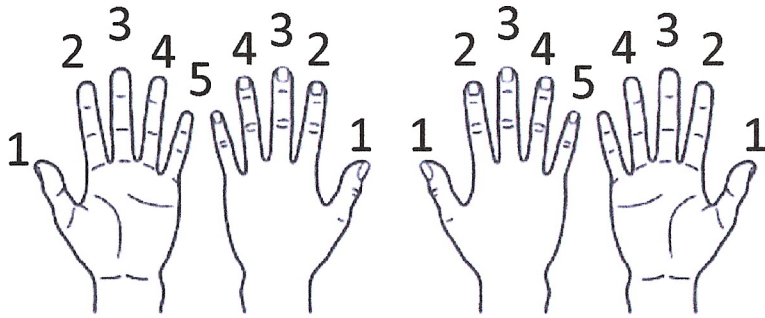
# しびれについての問診票

1) しびれは、いつから始まり、どんな時に起こりますか？

いつから[ ] どの時に[ ]

2) どんな感じのしびれですか？当てはまるものに○をつけてください。  
 じんじんする・ぴりぴりする・感覚がない・感覚が過敏・つったような感じ  
 その他( )

3) しびれの範囲は青で、



左手

右手

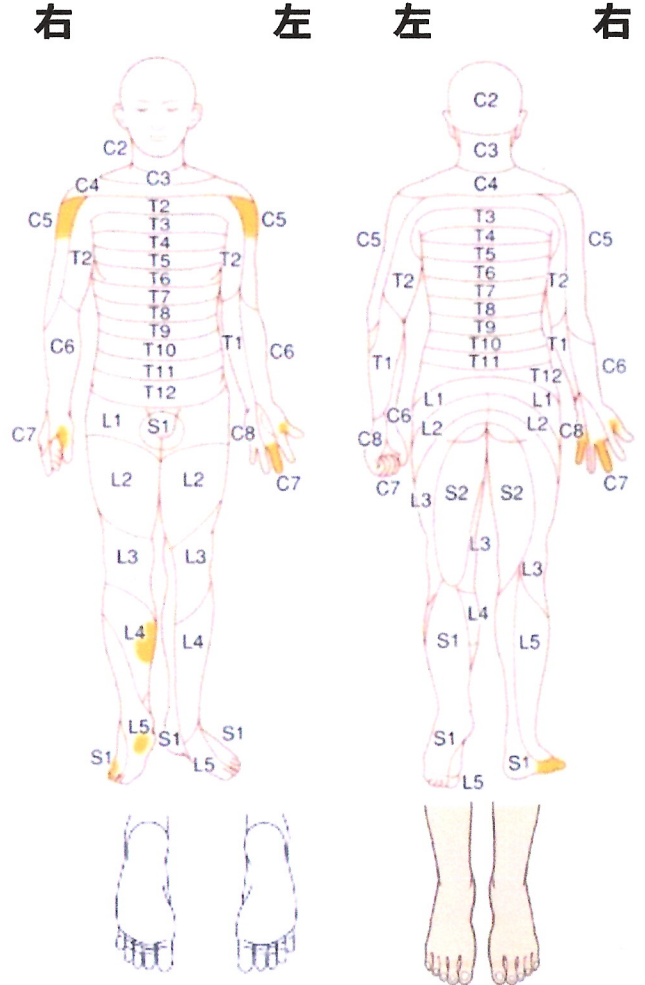
痛みの範囲は赤で色を塗ってください。

4) しびれ以外の他の症状はありますか？

はい ・ いいえ

はい、の方は症状をお書きください。

[ ]  
[ ]



左

右

左

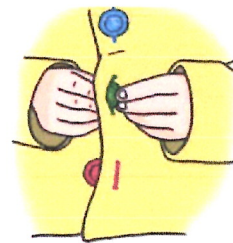
5) お箸、スプーン、ボタンについてお尋ねします。



- できる
- 不自由
- できない



- できる
- 不自由
- できない



- できる
- 不自由
- できない

6) 握力を測定します。 右 kg 左 kg