

~~~~問診票~~~~

来 院 日： 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	体温	℃		
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）