

問診票

フリガナ		電 話	自宅	
氏名			携帯	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生（ ）才 男・女
住所	〒 施設入所(している・していない)			
身長	cm	御家族の	氏名	続柄
体重	kg	連絡先	電話	

①本日はどこがどのように具合が悪いですか？

頭・顔・右手・左手・右足・左足・その他（ ）
 頭痛・物忘れ・めまい・しびれ・力が入らない・その他（ ）
 その症状はいつからはじまりましたか（ ）から
 その症状でほかの医療機関へ行かれましたか？ はい（ ）・いいえ

②他の病気で現在、治療を受けていますか？ はい・いいえ

高血圧・糖尿病・ぜんそく・緑内障・その他（ ）
 今、薬を飲んでいますか？ はい（ ）・いいえ

③今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

病名（ ）

④今までにアレルギー体質言われたことはありますか？

はい（花粉・牛乳・卵・ ）・いいえ

⑤今までに注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たことがありますか？

はい（薬の名前 ）・いいえ

⑥タバコ：吸わない・やめた・吸う（1日に 本）

アルコール：飲まない・やめた・飲む（毎日・週 回・時々）

⑦女性の方にお聞きします

現在妊娠されていますか？ している（ ）ヶ月）・していない・わからない

授乳中ですか？ はい・いいえ

⑧運動機能低下(歩行困難など)、認知機能低下(物忘れなど)のある方にお聞きします

どなたと同居されていますか？ 独居・配偶者・息子・娘・孫・その他
 （ ）

介護保険の申請は？ 未申請 / 要支援・要介護 / 1・2・3・4・5

⑨くずは画像診断クリニックでMRIやCTなどの検査をされたことがありますか？ はい・いいえ

この問診票は診療目的以外の使用は致しません。 脳神経内科はつたクリニック