問　診　表

（フリガナ）　　男・女 氏名	M・T・S・H　　年　　月　　日　生　　才 体温　　°C　体重　　kg 介護保険　あり(介護度　　)なし
〒 住所	(電話番号　　－　　－　　) (携帯番号　　－　　－　　)

いつから・・・

症状　□　頭痛　　□　めまい　　□　呂律が回らない
　　□　うまく歩けない　　□　手足に力が入らない　　□　しびれがある
　　□　物忘れ　　□　(　　)年後の再検査
　　□　その他(　　)

本日 MRI または CT 検査を希望されますか？（混雑時は待ち時間が長くなります）

□　希望する　　□　後日予約　　□　希望しない

現在、他の病院などで治療を受けていますか？　　はい　・　いいえ　・　薬手帳持参
　　病　名
　　内服薬
　　病院名

今までに病気やケガをされたことがありますか？　　はい　・　いいえ
□　高血圧症　　□　糖尿病　　□　高脂血症（高コレステロール血症）
□　心臓病　　□　喘息　　□　緑内障
□　その他(　　)

手術を受けた事がありますか？　　はい　・　いいえ
　　才頃　　何の手術(　　)

下記のなかで該当しているものがありますか？　□　なし

□　ペースメーカー　　□　妊娠中（　　ヵ月）　　□　授乳中
□　人工内耳　　□　刺青（眉毛やタトゥー含）　　□　インプラント
□　人工弁　　□　体内に金属(クリップ・ステント・コイル・整形外科手術金属など)

薬でアレルギー症状（発疹や気分不快など）が出たことがありますか？　はい　・　いいえ
　　薬の名前（　　）

タバコは吸いますか？　　はい　・　いいえ　　本/日　×　　年

アルコールは飲みますか？　　はい　・　いいえ　　/日

その他の相談・希望がありましたら、下記にご記入ください