令和　年　　月　　日

身長	cm
体重	kg

患者コード：

問　診　票

フリガナ		生年月日　　年　　月　　日	性別
氏　　名		（　　歳）	
住　　所	〒	電話番号	

体温：　　℃

1．来院された理由を教えてください（〇で囲んでください）

頭痛　　めまい　　頭部外傷　　物忘れ　　内科　　紹介　　その他：

2．いつからどの様な症状がありますか（記入してください）

3．検査を希望されますか（〇で囲んでください）

MRI 検査　・　CT 検査　・　血液検査　・　希望しない・　医師と相談

4．現在通院中の病気や以前にかかった事のある病気を教えて下さい（ある方は記入してください）

5．内服しているお薬はありますか（お薬手帳がある場合は提出してください）

ない　　ある：お薬手帳ありまたは薬剤名（　　）

6．入院や手術を受けたことはありますか（ある方は記入してください）

7．アレルギーはありますか（なしかあるに〇をして、ある方は記入してください）

なし　　ある：食べ物・薬・その他（

8．喫煙はされますか（しないかするに〇をして、ある方は記入してください）

しない　　する：　　本/日

9．飲酒されますか（しないかするに〇をして、ある方は記入してください）

しない　　する：毎日（どれくらい：　　）・時々・つきあい程度

10．女性の方にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の可能性はありますか。

ない　　ある：　授乳中　・妊娠中　・妊娠の可能性あり