自筆でお書き下さい。

問　診　表

平成　　年　　月　　日（　　）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

最高血圧	mmHg	身長	cm
最低血圧	mmHg	体重	kg
脈拍数	回/分		

（1）今日はどのような症状で来られましたか？（あてはまるものに○を付けてください。）

1．頭痛　　2．頭部打撲　　3．めまい(ぐるぐる目が回る)　　4．耳なり
5．ふらつき　6．しびれ(　　)　　7．手や足に力が入らない(　　)
7．その他(　　)

（2）○印をされた症状はいつ頃からありますか？

診察の先生の希望があればご記入ください。(　　先生)※診察の状況により、ご希望に添えないこともございます。

（3）○印をされた症状で他の病院で診察を受けられている場合は、病名と病院名をご記入ください。

（4）持病がありますか？（あてはまるものに○を付けてください。）

1．高血圧　　2．糖尿病　　3．高脂血症　　4．心臓病　　5．腎臓病
6．肝臓病　　7．その他(　　)

（5）現在、服用中のお薬はありますか？（ある・なし）　かかりつけ医(　　)
お薬手帳または薬剤情報用紙はご持参されていますか？（ある・なし）

（6）体に金属が入っていませんか？
・ペースメーカー（ある・なし）
・その他の場所　（ある・なし）　あればどこの場所ですか？(　　)

（7）アレルギーはありませんか？（ある・なし）(　　)

（8）妊娠の可能性はありませんか？（ある・なし）

（9）・タバコの本数（　　才から　　本／日）
・お酒の量（　　）を　　ml・合／日

当院からお薬の処方があった場合、どちらを希望しますか？
（どちらかの□にチェックを入れてください。）

□ジェネリック（後発医薬品）　□先発医薬品　□どちらでもよい

※ 他の病院に通院中の方は、紹介状や服用中の薬などを提示下さい。
※ 初診の患者様は、検査などにより２～３時間お待ちいただくことがありますが、ご了承下さい。