問　診　票

かえでクリニック

フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日 (　歳)	男・女
お名前					

住所	〒	自宅番号	
		携帯番号	
		勤務先電話	

体温(　℃)

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

今日は どうされましたか？	□頭痛・頭が重い　□頭・首を打った　□首が痛い・肩がこる　□顔の痛み □しびれ(手・足)（右・左）　□手足が動きにくい　□喋りにくい　□けいれん □めまい・ふらつき　□吐き気・嘔吐　□失神 □物忘れ　□目が見えにくい
	※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。

症状はいつからですか？	□約(　) 日・週間・カ月・年前から　□時々 □突然起こった　□ひどくなっている	
上記の症状について 他院を受診されましたか？	□いいえ □はい	病院名(　) 病名(　) 検査名（　）
現在他院にて 治療中の病気はありますか？	□なし □ある	病院名(　)
飲んでいるお薬はありますか？	□ない □ある	薬品名（　）
過去に治療を受けた病気は ありますか？	□ない □ある	□糖尿病　□胃潰瘍　□高血圧症　□高脂血症　□肝臓疾患 □脳疾患　□心臓疾患(不整脈も含む)　□緑内障 □その他(　)
手術をされたことはありますか？	□ない □ある	いつ頃(　)　部位(　)
お薬や食品でアレルギーが でたことはありますか？	□ない □ある	薬品名（　） 食品名（　）
女性の方へ	□妊娠中(　) カ月　□妊娠の可能性あり　□授乳中	
体内に金属はありますか？ (歯の詰め物(銀歯など)は除く)	□ない □ある	□ペースメーカー　□ボルト　□クリップ　□ステント □その他(　)