

# 初診 問診表

令和 年 月 日

ID

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_

住所〒 \_\_\_\_\_

Tel 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

生年月日 ( T / S / H / R ) 年 月 日 ( 歳 )

## ◆既往歴に該当するものに○をつけてください

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 消化器疾患 がん(部位: \_\_\_\_\_) 認知症  
精神疾患( \_\_\_\_\_ ) その他( \_\_\_\_\_ )

## ◆現在服用中のお薬で該当するものに○をつけてください ※お薬手帳でも可

降圧剤 抗コレステロール薬 糖尿病治療薬 抗血栓薬 抗尿酸血症薬  
心不全治療薬 鎮痛剤 消化性潰瘍治療薬 向精神薬 便秘薬  
その他( \_\_\_\_\_ )

## ◆本日、診察を希望する症状に☑をつけてください。

- 頭部打撲(打撲部位: \_\_\_\_\_)
- 頭痛(痛む部位: \_\_\_\_\_)  
(痛み方: 締め付けるような痛み ・ 拍動痛 ・ 殴られたような痛み)  
(嘔気・嘔吐の有無: 有 ・ 無)
- めまい(症状の性状: フワフワめまい ・ グルグルめまい)  
(嘔気・嘔吐の有無: 有 ・ 無)
- 手足が動かしにくい、ろれつの回りが悪い、ものが見えにくい
- 顔面の動きが悪い
- しびれやふるえ(部位: \_\_\_\_\_)
- 顔面～頭頸部周辺の発疹 痛みの有無( 有 ・ 無 )
- 数分間の意識消失(どのくらいの間: \_\_\_\_\_ 分くらい)
- 物忘れ
- 経過観察のための画像診断希望
- その他( \_\_\_\_\_ )

## ◆症状はいつからですか？(該当するものに☑を付け、時間を記入してください)

今日  昨日  それ以前( \_\_\_\_\_ ) の ( \_\_\_\_\_ ) 時ごろ

◆飲酒はされますか？  いいえ  はい → どれくらい？ 毎日・時々( \_\_\_\_\_ 回/週)

◆たばこは吸いますか？  いいえ  はい → ( \_\_\_\_\_ ) 歳から( \_\_\_\_\_ 本/日)  
 以前吸っていた → ( \_\_\_\_\_ ) 歳から( \_\_\_\_\_ ) 歳まで

◆アレルギーはありますか？  ない  ある → ( \_\_\_\_\_ )

◆女性のみ：現在、妊娠していますか？または、その可能性がありますか？

いいえ  はい → ( \_\_\_\_\_ ) か月  分からない