

# 札幌 いそべ頭痛・もの忘れクリニック 問診票

フリガナ		生年月日	体重
お名前		・明治・大正 ・昭和・平成 年 月 日( 歳)	( )kg

ご住所	〒	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯番号	
-----	---	---	--

## 1. 本日はどのような理由で受診されましたか？ お困りの症状にチェックを入れてください。

- 頭痛  もの忘れ  めまい  手足や顔のふるえ  麻痺(筋力低下)・筋萎縮 ・手や足のしびれ  歩行障害  しゃべりづらい  飲みこみが悪い  動作が遅い  ふらつく・バランスが悪く転びやすい  顔・顔・手足のけいれん  顔面の麻痺や痛み  下肢  足裏  足指  その他( )

## 2. いつ頃からですか？

( )時間前から ( )日前から ( )週間前から ( )カ月前から ( )年前から

## 3. そのことで今までに治療を受けられましたか？

いいえ  はい⇒( )

## 4. 現在、治療中の病気・服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

いいえ  はい(病名・治療の内容: ) (薬品名: )

## 6. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

いいえ  はい(病名: )

## 7. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ  はい(薬品名: )

## 8. 女性の方へ:

### 現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？ 月経中ですか？

(妊娠:  いいえ  はい  わからない) (月経中:  いいえ  はい)

## 9. 喫煙・アルコールは:

(たばこは:  吸わない  吸う( )本/日) (お酒は:  飲まない  飲む( ) ml/日)

## 10. ご来院のきっかけを教えてください

ご家族・ご親族のご紹介⇒お名前( )  知人・ご友人⇒お名前( )

病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名( )

iタウンページ  ポータルサイト⇒ポータルサイト名( )

ウェブサイト  ブログ  フェイスブック  タウンページ

看板⇒どちらの看板ですか( )  クリニック前を通過して

パンフレット  院内新聞  その他( )

※当院からの医療情報・検診案内をお届けするはがき、ダイレクトメールをお送りさせていただいてもよろしいですか？

はい  いいえ