

# 問診表

記入日 年 月 日  
(ふりがな)  
お名前 (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日生 歳  
ご住所 電話番号  
ご職業

## 1、症状について (○で囲んでください)

・いつ頃からですか( )  
頭痛 頭が重い 頭をぶつけた  
肩こり めまい 耳鳴り 吐き気 物忘れ  
しびれ( ) 動きが悪い( )  
しゃべりづらい 見えづらい その他( )

## 看護師記入欄

- 通院中の病院  
なし あり( )
- 現在飲まれているお薬 (お薬手帳等をお持ちでしたらご用意下さい)  
なし あり( )
- 薬のアレルギーはありますか？  
なし あり(薬品名: )

## 2、今までにかかった病気について

脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)  
高血圧 糖尿病 高脂血症 がん 肝臓病 腎臓病 結核 喘息  
心筋梗塞 不整脈 その他の心臓病

- 入院・手術をしたことはありますか？  
なし あり( 才頃 )

## 3、両親、兄弟、祖父母に下記の病気の方がいますか？

脳卒中( ) 高血圧( ) 心臓病( ) 糖尿病( ) がん( )

## 4、嗜好品について

タバコ(1日 本) アルコール(1日 )

- 5、(女性の方へ)妊娠中・妊娠の可能性 なし あり