

ID _____

初診問診票

年 月 日

ふりがな

お名前 / 森の木 太郎 年齢 41 才 職業(仕事内容) 会社員 営業

住所 / 長崎市〇〇町〇-〇 電話番号 1: 000 - 000 - 0000

生年月日 / 昭和 54 年 3 月 1 日 電話番号 2: 000 - 000 - 0000

●運動はしていましたか？また、以前していましたか？ いいえ はい (ウォーキング、筋トレ)

●いつからどのような症状でお困りですか？(主訴)

(2 日前から頭痛がする)

ここから下は看護師が
伺い記入します。

《BP / P (不整 有 / 無) BT 》 頭痛 肩こり 頸痛 腰痛

●今回の症状の経過について下記内容を看護師が伺います。

●今回の症状について他の病院で検査・治療を受けられましたか？

はい [] いいえ

●今日いちばん見てもらいたいのはどこですか？(受診目的)

[]

●事故歴 いいえ

●頭部打撲歴 いいえ

はい () はい ()

●現在治療中の病気についてご記入ください。(既往歴)

高血圧 喘息 心疾患 肝機能障害 腎機能障害 脂質障害

糖尿病 B・C型肝炎、HIVなどの感染症 緑内障 その他 ()

●現在服用中の内服薬

[]

●過去に手術を受けられた経験はありますか？ いいえ はい

それはいつ、どこで、どのような手術を受けられましたか？(具体的に)

●体内金属

(ペースメーカー・インプラント・ステント・人工関節など)

無 有 ()

●便秘 / 無 有

●アルコール / 無 有

●タバコ / 無 有

現在 (本 / 日) 以前 (本 / 日)

●妊娠 / 無 有

●授乳 / 無 有

●禁忌 / ()

●介護度 / ()

●アレルギー歴

(薬・食・金属)

()

●血縁関係の方で脳の病気になった方がいる

いない いる (ご関係)

●家族構成

()

●閉所恐怖症

無 有

受け持ち Ns ()

入力 スキャン