初めて受診される方へ

この問診表は、診察をよりわかりやすく行うためのものです。記入が大変な場合は、職員が代わりに行います。診療情報提供書（紹介状）、フィルムなどを持参された方は一緒にお出しください。

ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　　　　　生年　大・昭
氏名　　　　　　　　　　男・女　月日　平・令　　年　　月　　日　　　才

住所　〒

携帯電話　①（　　　　　　　　　　）
2 回線ご連絡先お願い致します。電話番号　②（　　　　　　続柄　　　）

＊心臓ペースメーカは挿入していますか　　　　はい・いいえ

＊仕事中、交通事故、他人によるケガですか　　　はい・いいえ

身長　　　cm　体重　　　kg

(1) 本日来院された目的・気になっている症状

1．頭痛（頭重感）がある　2．めまいがする　3．肩こりがする
4．手足がしびれる　5．歩きにくくなった　6．頭(くび)をぶつけた
7．物忘れがすすんだ　8．ボクシングの為の検査　9.その他（　　　　）
10 画像診断の結果、受診を勧められた（診療情報提供書が必要、無い場合は自費）

(2) その症状はいつごろからですか　（　　　　　　　　　）

(3) 今までに病気、けが、手術を受けたことなどがありますか

いいえ　・　はい　（　　　　　　　　　　　）

(4) 現在、投薬を受けていますか　　　　はい　・　いいえ

(5) 薬などでアレルギーがでたことはありますか　　はい・いいえ

(6)　タトゥー、入れ墨、カツラ、ウィッグを使用してますか　　はい　・　いいえ

(7)　髪の毛に洗い流せるタイプの色が入った薬剤は　　ついてる　・ついてない
ついていませんか（美容室等で染めるものは大丈夫です）

(9) 身体に金属などが入っていますか（歯科矯正など）　　はい　・いいえ

(10) 女性の方へ　妊娠している可能性はありますか　　はい　・　いいえ

(11) 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか 1.インターネット
2.知人の紹介　3.医療機関からの紹介状　あり・なし　4 その他（　　　　）