

問診表

記入日 年 月 日

ふりがな	大正 昭和 平成 令和
お名前	生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所 〒	電話番号 (自宅/携帯)

1.本日はどの科をご希望ですか。以下に○をお付け下さい。

内科 リハビリテーション科 神経内科 整形外科 自費診療 (プラセンタなど)
物忘れ外来 頭痛・めまい外来 高次脳機能障害外来 その他 ()

2.CT検査の希望について ; 希望する 希望しない わからない

3.どのような症状でお困りですか? □内にご自由にお書きください。

いつから?

4.現在、治療中の病気などありますか?

ある ない
あると答えた方のみ以下にご記入ください
どんな病気・疾患ですか? ()

5.普段かかりつけの病院を記入してください。

()

6.普段飲まれている薬があればご記入ください。

()

7.これまで病気やケガの治療を受けたことがありますか? あればご記入ください。

* 何歳頃、何の病気 (けがや手術) であったかお答えください

8.女性の方のみお答えください。

現在妊娠の可能性はありますか? (ある ない わからない)

生理は、(順調 不順 閉経 現在生理中)

授乳中ですか? (はい いいえ)

9.その他 (ご自由に記載ください)