



内科・脳神経外科 オリーブ 問診票

以下にご記入ください。複数回答でも構いません。□をチェックし空欄を埋めて下さい。
詳しくご記入いただくと診察の大きな支援となります。よろしく願いいたします。

	フリガナ	生年月日
お名前		□大正 □昭和 □平成
		年 月 日
ご住所	〒	電話 ()
		携帯 ()
ご勤務先 (学校名)		ID ※以前受診された方

1.今日は、どうされましたか？

- 熱がある 風邪をひいた 頭が痛い めまいがする もの忘れが心配 胸が苦しい
おなかの調子が悪い ケガをした フラフラする 手足に力が入らない
物の見え方がおかしい CT 検診や点滴の希望 (これのみ該当する方は **3** へお進み下さい)
その他 (具体的に:)

2.それはいつ頃からですか？ () 頃から)

3.今まで大きな病気やケガ、現在治療中の病気はありますか？ ある ない (ある方は 具体的に:)

4.薬や食物、その他のアレルギーはお持ちですか？ ある ない (ある方は 具体的に:)

5.一ヶ月以内に海外に行かれたことがありますか？ ある ない (ある方は どちらの国ですか?:)

6.タバコは吸いますか？ 吸う 吸わない 前は吸っていたが止めた (吸われる方は 1日何本ですか?: 約 _____ 本/日 何年吸っていますか? 約 _____ 年間)

7.お酒は飲みますか？ 飲む 飲まない (飲む方の頻度はどれくらいですか? 毎日 週に4-5回 週に2-3回 週に1回 機会があるときに

8 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ ある ない

※以上、ご記入ありがとうございました。問診票を受付にお戻しください。

(2016年/6月作成)