



## 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		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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)