

# 問診表

か

氏名 \_\_\_\_\_ 様 男 / 女

職種 \_\_\_\_\_

T / S / H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 腹囲 \_\_\_\_\_ cm

\*血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 \_\_\_\_\_ min

1. 本日(検査当日)の体調は変わりございませんか

はい、普段と変わりありません。

ここ数日間で突然、気になる症状が出現したので、事前に相談したいことがあります。

\*腹囲は、メジャーをおへその位置に合わせて測定してください。

\*自宅にて測定不可の場合は、来院時にメジャーをお貸しします。

\*血圧は来院時に測定いたします。

2. 普段から気になっている症状がございますか。

(A) いいえ

(B) はい

手足のしびれ  頭痛(頭が重い)  首の痛み  めまい  吐き気

言葉がでづらい  物忘れ  顔の痛み  その他( \_\_\_\_\_ )

3. 現在、通院中の病院はありますか。 **※薬を服用されている方は、薬の名前が分かるものを当日お持ち下さい。**

いいえ  はい ⇒ 病名( \_\_\_\_\_ )

病院名( \_\_\_\_\_ )

4. 定期健康診断や人間ドック等で指摘を受けたり、今までかかったことのある病気はありますか。

いいえ  はい ⇒  高血圧  糖尿病  高脂血症  高コレステロール血症  心臓病  
 腎臓病  メタボ  その他( \_\_\_\_\_ )

5. 今までに、入院や手術、輸血をされたことがありますか。ある方は下記に詳細を記載してください。

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  入院  手術  輸血

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  入院  手術  輸血

6. 血縁者の中で、脳血管障害(脳梗塞やくも膜下出血など)を患った方はいらっしゃいますか。

いいえ  はい ⇒ 続柄( \_\_\_\_\_ ) 病名( \_\_\_\_\_ )

7.1 日の摂取量はどのくらいでしょうか。

アルコール・・・  飲まない  飲む ⇒ 種類( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 杯

煙草・・・  吸わない  吸う ⇒ 1日 \_\_\_\_\_ 本、喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年間

以前吸っていた ⇒ 1日 \_\_\_\_\_ 本、喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年間( \_\_\_\_\_ 歳の時に禁煙)

8. 食べ物や薬によるアレルギーはありますか。

いいえ  はい ⇒ 種類( \_\_\_\_\_ ) 症状( \_\_\_\_\_ )

9. 現在、妊娠していますか？

いいえ  はい

10. 今回検査を受けてみようと思われた理由を教えてください。

血縁者に脳血管障害の方がいるので  年齢的に不安になって  健康管理のため

家族の勧めで  気になる症状があるため  その他( \_\_\_\_\_ )