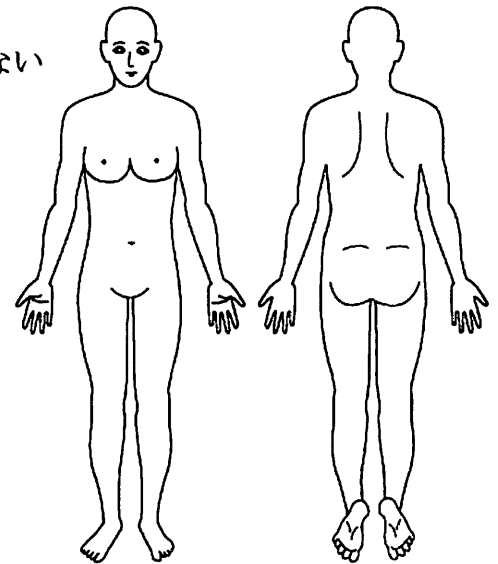


## 問診票

|      |  |       |          |     |
|------|--|-------|----------|-----|
| フリガナ |  | 男・女   | 生 年 月 日  | 年 齡 |
| 氏 名  |  |       | 大正・昭和・平成 | 歳   |
|      |  |       | 年 月 日    |     |
| 住 所  |  | 電話番号  |          |     |
|      |  | 緊急連絡先 |          |     |

1) どうされましたか？ (複数回答可)

- 頭痛 めまい 手足のしびれ 意識がなくなる  
呼吸苦 耳鳴り 手足のふるえ 物が見えにくい  
吐き気 やけど 胸痛 腹痛  
腰痛 発熱 のどの痛み・咳 歩けない、立てない  
ケガ その他 ( )



2) どの部分ですか？ (右図に印をつけてください)

3) いつからですか？

- 今日 昨日 2～3日前 1週間前  
それ以前 ( )

4) 今までにどのような病気をしましたか？

- 高血圧 喘息 糖尿病 心臓病 (狭心症・心筋梗塞)  
認知症 精神疾患 めまい 脳卒中 (脳出血・脳梗塞)  
その他 ( )

5) かかりつけの病院はありますか？

- ない ある→病院名 ( ) 診療科目 ( )

6) 何かお薬を飲んでいますか？

- ない ある→ ( )

7) 薬や食べ物などでアレルギーを生じたことはありますか？

- ない ある→ ( )

8) ほかに伝えたいがあれば記入してください。