# 問　診　票

来　院　日　：　令和　　年　　月　　日

| 体重　　ｋｇ | 体温　　℃ |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| お名前 | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 現住所 | （〒　　－　　） | | | | |
| 電話番号 | （　　） | | | | |
| 携帯番号 | （　　） | | | | |

1、今日はどのような症状（理由）で来院されましたか。

〔　　〕

2、既往歴（今までにかかった病気、いつ頃か）についてお伺いします。

〔　　〕

3、飲んでる薬がありましたらお書きください。　　（なし・あり）
※お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出しください。

---

4、今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか。
（なし　・　あり）　※ありましたらその症状もお書きください。
お薬　　食べ物　　症状

5、生活習慣についてお伺いします。
喫煙（なし　・　あり　・　過去にあり）
喫煙歴（　　本/日　　年間）
飲酒（なし　・　あり）
飲酒量（ビール　　mL/日、　日本酒　　合/日、　焼酎　　mL/日）

6、遺伝的（血統）に脳卒中の方がいらっしゃいますか。（なし・あり）
続柄【　　】　病名【　　】
続柄【　　】　病名【　　】

7、本日どなたと来院していますか。
【　　】

8、女性の方にお聞きします。妊娠していますか。（いいえ・はい・可能性あり）
授乳中ですか。　　（いいえ・はい）

聖麗メモリアル病院

# しびれについての問診票

1）しびれは、いつから始まり、どんな時に起こりますか？

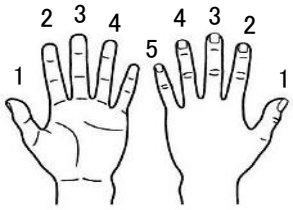
いつから〔　　〕　どんな時に〔　　〕

2）どんな感じのしびれですか？当てはまるものに○をつけてください。

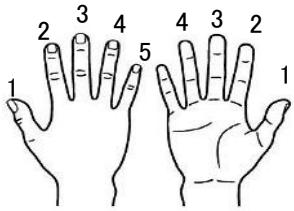
じんじんする・ぴりぴりする・感覚がない・感覚が過敏・つったような感じ

その他(　　)

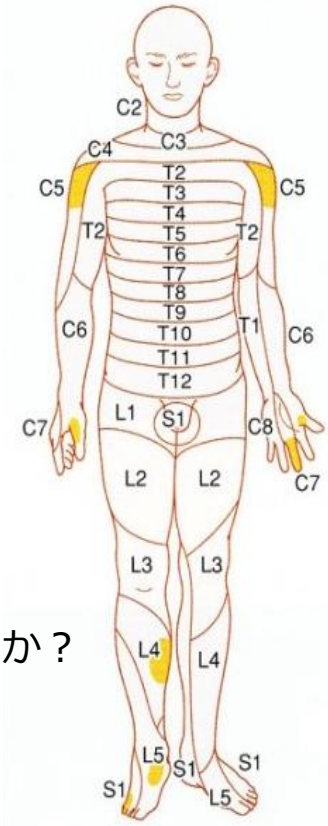
3）しびれの範囲は青で、

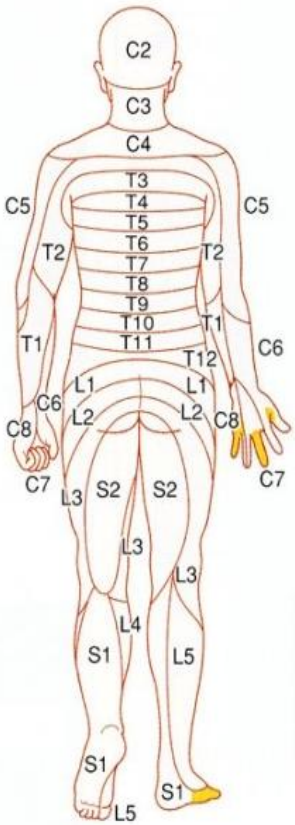



左手




右手



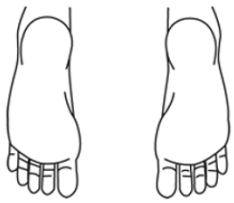

痛みの範囲は赤で色を塗ってください

4）しびれ以外の他の症状はありますか？

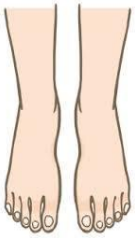
いいえ　・　はい

はい、の方は症状をお書きください。

〔　　〕



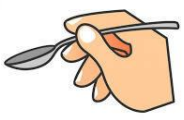
左



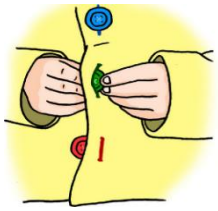
右　左

5）お箸、スプーン、ボタンについてお尋ねします。

□できる
□不自由
□できない



□できる
□不自由
□できない



□できる
□不自由
□できない

6）握力を測定します。

握力：右　　kg　　左　　kg

聖麗メモリアル病院　R1．10