

カルテNo. _____

問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日 歳

〒 _____

住所 _____

電話 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

☆本日、来院された理由（該当するものに○印 両方でも可）

怖い病気がないか MRI 検査だけして欲しい

症状に応じた薬を処方して欲しい

(1) どのようなことでお困りですか？

頭痛 意識を失う 歩きにくい 手や足に力が入りにくい

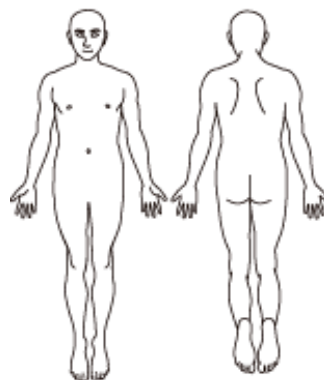
めまい、ふらつき 頭を打った 物忘れ ふるえ

けいれん ものが言いにくい 手や足がしびれる

その他 (_____)

痛みやしびれの場所などを

書いてください



(2) その症状はいつ頃からですか？

(3) その症状はこれまでにどのような経過をとっていますか？

悪くなった 同じ程度で続いている 軽くなった

その他 (_____)

裏に続く 

