

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)
氏名				
住所				
電話番号	自宅		携帯	
学校・会社名	電話番号			

【質問事項】

・現在かかっている、または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病・腎臓病・胃潰瘍・肝臓病・糖尿病・喘息・脳梗塞・リウマチ・痛風・がん その他 ()	はい・いいえ
・現在服用中のお薬はありますか？ 「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。 薬の名前 ()	はい・いいえ
・過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の方は、あてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に)	はい・いいえ
・飲むのが苦手な薬はありますか？ 錠剤・粉・液体・その他(具体的に)	はい・いいえ
・タバコを吸いますか。 「はい」とお答えの方、1日に何本吸いますか。(1日 本)	はい・いいえ
・お酒を飲みますか。 「はい」とお答えの方、お酒を一週間に何日位お飲みになりますか。 週に6日以上・週に3～5日・週に2日以内 1日にどれ位の量を飲みますか。()	はい・いいえ
・女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか。 なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠 週)	はい・いいえ
・授乳中ですか？	はい・いいえ
・診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。 竹村・本田・水野	
・当院では、初診時または保険変更時に保険証コピーを確認の為にらせていた たいております。保険証のコピーをとることに同意しますか。	はい・いいえ
・院内のお知らせをメールでお送りさせていただきます。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。	

メールアドレス

- * 禁煙外来は完全予約制のため、禁煙治療をご希望の方はあらかじめお電話にてご予約ください。
- * 形成外科・美容皮膚科のご予約については、ホームページよりお申し込みください。

頭痛問診票

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

年齢 _____ 才

該当するものに○を入れてください。

1	ズキンズキンとした痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
2	頭の片側や目の奥、こめかみなどが痛みますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
3	その頭痛は、吐き気や嘔吐を伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
4	ギュッと締め付けられるような痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
5	頭の両側や後頭部など、はちまき状に痛みますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
6	その頭痛は、肩こりやめまいを伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
7	ズドーンとした痛みですか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
8	眼の奥やこめかみ辺りにえぐられるような痛みを感じますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
9	涙が出たり、鼻づまりなどを伴いますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
10	バットで殴られたようなガーンとした衝撃的な痛みでしたか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
11	手足のしびれ、物が見えにくい、言葉が出てこないことはありますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
12	もの忘れがひどくなったと感じますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
13	MRI検査を希望しますか？	は い ・ いいえ ・ どちらともいえない
MRI検査は、頭痛が重篤な病気(脳梗塞や脳腫瘍など)によるものかどうかを見極めるために有用な精密検査です。検査は、提携先医療機関 ADIC八重洲クリニック が担当します。		