

# しびれ問診票

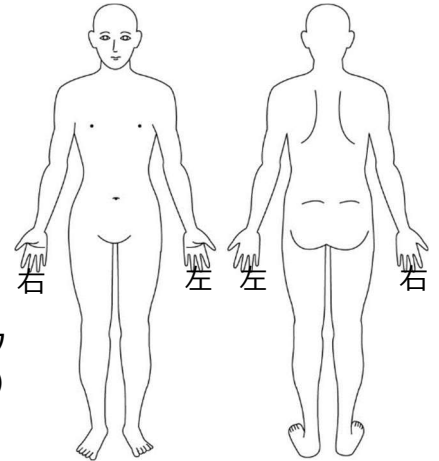
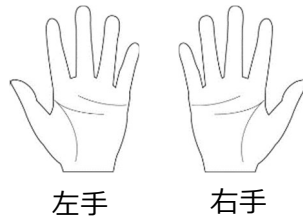
記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入) ( )℃		<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) しびれはいつからどこにありますか？  
右図に具体的に斜線を入れてください。  
( 年 月 日 ) 前から

※///(斜線)で

場所が移動する人は  
四角にチェックを入れてください



2) しびれの種類はどんな感じですか？

ピリピリ ピリピリ ジンジン ズキズキ チクチク  
力が抜ける 電気が走る その他 ( )

3) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧症 糖尿病 脂質異常症 心疾患 不整脈  
痛風 気管支喘息 リウマチ疾患 アトピー性皮膚炎  
脳卒中(出血・梗塞 部位: ) がん( ) その他( )

4) 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)

はい (お薬名 ) いいえ

5) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (お薬名 ) いいえ

6) お酒やたばこは嗜みますか？

タバコ: 吸わない

吸う 1日 ( ) 本 × ( ) 年 過去に吸っていた ( ) 本 ( ) 年前まで

お酒: 飲まない 飲む 週 ( ) 日 種類・量 ( )

7) (女性の方のみ) 妊娠中ですか？

いいえ 妊娠が否定できない 妊娠中 ( ) 週 授乳中

8) (マイナ保険証を用いる場合)マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

はい いいえ

ご協力ありがとうございました。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。