

ご予約の際は、事前に問診表をお試しのうえ、TEL: 03-5776-1200 宛にお電話ください。

問 診 表

記入日 平成 年 月 日

【予約日】 平成 年 月 日 時 分	【電話番号】
【氏名】	【生年月日】 大・昭・平 年 月 日

問診を読まれて、各質問に該当する場合☑を付けてください。

ひとつでも☑を付けた場合は、「はい」に ○ を、それ以外は、「いいえ」に ○ を付けてください。

1	<input type="checkbox"/> 頭が痛い。 <input type="checkbox"/> 頭が重い。	はい	いいえ
2	<input type="checkbox"/> 頸(くび)が痛い。 <input type="checkbox"/> 頸が張る。	はい	いいえ
3	<input type="checkbox"/> 肩がこる。 <input type="checkbox"/> 肩が重い。	はい	いいえ
4	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。 <input type="checkbox"/> 風邪気味のことが多い。	はい	いいえ
5	<input type="checkbox"/> メマイがある。 <input type="checkbox"/> 天井がまわった・外界がまわった。	はい	いいえ
6	<input type="checkbox"/> フワフワ感がある。 <input type="checkbox"/> フラフラ感。 <input type="checkbox"/> なんとなく不安定。	はい	いいえ
7	<input type="checkbox"/> 吐き気がある。 <input type="checkbox"/> 食欲不振。 <input type="checkbox"/> 胃痛・不快感。 <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい。	はい	いいえ
8	<input type="checkbox"/> 夜、寝つきが悪い。 <input type="checkbox"/> 夜中、目覚めることが多い。	はい	いいえ
9	<input type="checkbox"/> 血圧が不安定である。 <input type="checkbox"/> 血圧が 200 前後になる。	はい	いいえ
10	<input type="checkbox"/> 暖かいところ、 <input type="checkbox"/> 寒いところに長くられない。	はい	いいえ
11	<input type="checkbox"/> 汗が出やすい。 <input type="checkbox"/> 汗が出ない。	はい	いいえ
12	<input type="checkbox"/> 静かにしているのに、急に心臓がどきどきする。 <input type="checkbox"/> 急に脈が速くなる。	はい	いいえ
13	<input type="checkbox"/> 目が見えにくい。 <input type="checkbox"/> 像がぼやける。	はい	いいえ
14	<input type="checkbox"/> 目が疲れやすい。 <input type="checkbox"/> 目が痛い。	はい	いいえ
15	<input type="checkbox"/> まぶしい。 <input type="checkbox"/> 目を開けてられない。	はい	いいえ
16	<input type="checkbox"/> 目が乾燥する。 <input type="checkbox"/> 涙が出すぎる。	はい	いいえ
17	<input type="checkbox"/> 口がかわく、つばが出ない。 <input type="checkbox"/> つばが多い。	はい	いいえ
18	<input type="checkbox"/> 微熱が出る。 <input type="checkbox"/> その原因が不明である。	はい	いいえ
19	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい。 <input type="checkbox"/> 便秘。 <input type="checkbox"/> 腹部症状がある。(腹痛など胃腸症状)	はい	いいえ
20	<input type="checkbox"/> すぐ横になりたくなる。 <input type="checkbox"/> 昼間から横になっている。	はい	いいえ
21	<input type="checkbox"/> 疲れやすい。(全身倦怠) <input type="checkbox"/> 全身がだるい。	はい	いいえ
22	<input type="checkbox"/> 何もする気が起きない。 <input type="checkbox"/> 意欲又は気力ががない。	はい	いいえ
23	<input type="checkbox"/> 天候悪化の前日、症状が強くなる。 <input type="checkbox"/> 天気予報が良く当たる。	はい	いいえ
24	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む。 <input type="checkbox"/> 気が滅入りそうだ。	はい	いいえ
25	<input type="checkbox"/> 1つのことに集中できない。 <input type="checkbox"/> 記憶力の低下がある。	はい	いいえ
26	<input type="checkbox"/> わけもなく不安だ。 <input type="checkbox"/> いつも不安感がある。	はい	いいえ
27	<input type="checkbox"/> イライラしている。 <input type="checkbox"/> 焦燥感がある。	はい	いいえ
28	<input type="checkbox"/> 根気がない。 <input type="checkbox"/> 仕事や勉強を続けられない。	はい	いいえ
29	<input type="checkbox"/> 頭がのぼせる。 <input type="checkbox"/> 手足が冷たい。 <input type="checkbox"/> しびれる。	はい	いいえ
30	<input type="checkbox"/> 胸部が痛い。 <input type="checkbox"/> 胸部圧迫感がある。 <input type="checkbox"/> 胸がしびれる。	はい	いいえ
TOTAL			

ご記入ありがとうございました。 東京脳神経センター TEL:03-5776-1200 FAX:03-5776-1201