

問診票

年 月 日

〒 住所	職業		
TEL			
(フリガナ) 氏名	男・女	身長 cm	体重 kg
生年月日()			

1.いつ頃からどのような症状がありますか

2.ご希望の検査はありますか【 はい ・ いいえ ・ Dr.と相談してから 】
(CT MRI エコー 心電図 採血 動脈硬化)

3.(外傷の方へ) 打撲又はケガの箇所はどちらですか
右 左 真ん中 ・ 前頭部 頭頂部 後頭部 側頭部 その他 ()

4.現在までに次の病気にかかったことがありますか
高血圧・脂質異常症・心臓病・肝臓病・糖尿病・胃潰瘍・肺結核・ぜんそく
アレルギー疾患・脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈瘤)・ない

5.上記以外に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか
【 ある ・ ない 】
あると答えた方 【病名： _____】
【手術名： _____】

6.現在治療中の病気、服用中の薬はありますか 【 ある ・ ない 】
あると答えた方 【病名： _____】
【薬品名： _____】

- ◆本日、お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください
- ◆他院での検査結果や紹介状をお持ちの方は、受付にお出してください

7.今までに薬や注射、食品等で発疹やショック等、アレルギー反応を
起こしたことはありますか
【 ある ・ ない 】 あると答えた方 【薬品、食品名等： _____】

8.ご家族の方で、次の病気にかかった方はいらっしゃいますか(続柄をご記入ください)
脳出血() 脳梗塞() くも膜下出血()
高血圧() 糖尿病() 心臓病()
アレルギー疾患() 精神病() がん()
脂質異常症() 不明・なし

9.嗜好品について教えてください
たばこ【吸う： 本/日 歳から・禁煙中 ・ 吸わない】
お酒【毎日飲む ・ 時々飲む 回/月 ・ 飲まない】

10.女性の方のみお答えください
現在妊娠の可能性はありますか【 ある ・ ない ・ 不明】
授乳中ですか【 はい ・ いいえ】

11.当院を何で知りましたか(複数回答可)
ちらし・電柱広告・駅広告・ネット・紹介された・その他()
~ご記入ありがとうございました~ 勝どき脳神経外科