

脳神経内科問診票

症状が頭痛・めまい・しびれ・物忘れの方は専用の問診票があるため2. からご記入ください。

(ふりがな)

お名前 _____ 男 女 _____ 生年月日TSH _____ 年 月 日 _____ 歳

ご住所 _____ 連絡の取れる電話番号 _____

ご職業 _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

2. 症状はいつごろから始まりましたか？

(月 日 時頃から) / () 日前から () カ月前から () 年前から () 歳頃から

3. 症状はどのように変化していますか？

変わらない 良くなっている 悪くなっている

良くなったり悪くなったりしている

4. 今までに何か病気で入院や通院、手術をしたことがありますか？

特にない

ある (歳頃： _____)

(歳頃： _____)

(歳頃： _____)

5. 現在他院に通院中の場合は病名と病院名をご記入ください。

病名 (_____)

病院名 (_____)

6. 現在飲んでいるお薬が有りましたらご記入ください。

お薬手帳または薬剤情報提供書を持参された方はご記入不要です。受付にお渡してください。

お薬名 (_____)

7. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり (原因： _____)

8. 生活習慣について

・お酒 飲む (毎日、月に 日、飲酒量：1日 合) 飲まない

・たばこ 吸う (1日 本 年間) 吸わない 禁煙した (_____ 年前から)

9. 女性の方にお伺いします。

・現在の妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい

10. ご家族・血縁の方に脳神経疾患の病気の方はいらっしゃいますか？ 例： 父 パーキンソン病

いない いる (続柄： _____ 病名： _____)

11. 体内に何か金属が入っていますか？ 例：ペースメーカー、人工内耳、脳動脈瘤クリップなど

ない ある (_____)

12. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

13. どこで当院を知りましたか？ (他院からの紹介・知人等からの紹介・看板・ホームページ・ちらし・他)

ご記入ありがとうございました。