

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。

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 _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
2. 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: _____)
3. 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(_____)
4. 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(_____)
5. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？
 なし あり(原因: _____)
6. 生活習慣について
・お酒 飲む(毎日、月に 日、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)
7. 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
8. 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: _____)
9. 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(_____)
10. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
11. 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。