

にしもと脳神経外科クリニック 問診表

フリガナ

氏名 _____ 生年月日：T・S・H 年 月 日 年齢 歳 男・女 _____)
住所（〒 _____)
電話番号（ _____ ） 身長 cm 体重 kg

本日は何科での受診ですか？

脳神経外科 リハビリテーション科 内科 外科

I 症状をお伺いします。

- 1) 頭痛
- 2) めまい
- 3) 動かない・しびれる・感覚障害
- 4) 物忘れ
- 5) 頭をぶつけた
- 6) その他 (_____)

II 治療をしている・していた疾患はありますか？ なし 高血圧 コレステロール・中性脂肪が高い
糖尿病 喘息・アレルギー 脳卒中 心疾患 呼吸器疾患 肝臓疾患 腎臓疾患 その他

III 外科手術をしたことがありますか？ なし ある (_____)

IV 現在内服している薬はありますか？ なし ある (お薬手帳をスタッフにご提示ください)

V 薬・食品でアレルギーがでたことはありますか？ なし ある (_____)

VI タバコは吸われますか？ いいえ はい (本/ 1日)

VII お酒は飲まれますか？ いいえ はい (種類: _____ 1日量: _____)

VIII 以下の中で該当するものはありますか？ なし ある (チェックしてください)

- ペースメーカー装着 体内除細動器 ステント 人工内耳 脳動脈瘤クリッピング術後
入れ墨 その他の体内金属 妊娠またはその可能性 てんかんの既往

IX 当院を何で知りましたか？

- ホームページ 看板をみて 知人の紹介 他院からの紹介 晃友会病院からの紹介 その他

X 当院まで何で来られましたか？

- 自家用車・車 バス 徒歩 自転車

ご協力ありがとうございました。