

問診票

記入者 続柄

お答えできる範囲で結構ですので下記の質問にお答え下さい。本人以外の方が記入して下さっても結構です。

お名前 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 性別 男・女

身長 cm 体重 kg 職業 利き手 右・左 妊娠 有・無

本日受診希望診療科に○をお付け下さい：脳神経外科 神経内科 整形外科 眼科 耳鼻科
内科(総合) 循環器内科 消化器内科 小児神経内科 外科

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みやしびれの場合、その部位もお書き下さい。)

・今日の()時 ・昨日 ・()日前 ・()週間前 ・()ヵ月前から

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方～ 病名 病院名

病院名

・薬を(飲んでいる・飲んでいない) ・お薬手帳(持ってきている・持ってきていない)

(薬品名)

3. 今までにかかった病気があれば□に印を入れて下さい。それはいつ頃ですか？

□高血圧()頃 □糖尿病()頃 □高脂血症()頃 □心臓病()頃

□脳疾患()頃 □胃潰瘍()頃 □その他(病名)いつ頃()

4. 今までに手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方～()才頃 病名()

5. 体内に何か金属が入っていますか？または皮膚の装飾はありますか？ (ある・ない)

・ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工関節・骨プレート・心臓人工弁・人工内耳・インプラント

・ステント(脳、心臓、腹部)・シャントバルブ・義眼・刺青・アートメイク・その他()

6. 今までにお薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方～薬の名前() 食物の名前()

7. ご家族に脳の病気や、糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方～どなたですか()

8. 嗜好品についてお答えください。 酒(1日) ・ときどき飲む ・飲まない

たばこ(1日 本) ・吸わない