

問診票

紹介状持参 あり・なし 令和 年 月 日

お答えできる範囲で結構ですので下記の質問にお答えください。ご本人以外の方が記入しても結構です。

ふりがな		記入者: _____ (続柄 _____)
お名前		

生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	歳
------	-------------	---	---	---	---

身長	cm	体重	kg	利き手 (右 左)	ご職業:
----	----	----	----	-------------	------

本日受診を希望される診療科に○をお付けください

・脳神経外科 ・ 専門外来【 脊髄末梢神経 ・ 頸動脈 ・ モヤモヤ病 】 ・脳神経内科
・整形外科 ・ 眼科 ・ 耳鼻科 ・ 内科(総合) ・ 循環器内科 ・ 小児神経内科 ・ 外科

1. いつからどのような症状がありますか?【痛みやしびれの場合は、部位もお書き下さい】

いつから【 _____ 】 交通事故 転倒 その他

症状【 頭痛 めまい 吐き気 嘔吐 しびれ 】

印をつけてください



2. 今までかかった病気・手術歴はありますか? それはいつ頃ですか?

なし 高血圧 (_____ 年頃) 糖尿病 (_____ 年頃) 高脂血症 (_____ 年頃)
 心臓病 (_____ 年頃) 脳疾患 (_____ 年頃)
 その他【病名: _____】
 手術歴【 _____ 】 (_____ 年頃)

3. 現在、病気で治療を受けていますか?

はいの方 病名 _____ 病院名 _____
病名 _____ 病院名 _____

4. 現在飲んでいる薬はありますか?【何でも良いので飲んでいるものをお書き下さい】

* マイナ保険証からの情報取得に同意した方は、直近1カ月の記載で結構です。お薬手帳: あり なし

薬品名 _____

5. 体内に医療用の金属・機械などは挿入されていますか? 皮膚の装飾はありますか? なし

ペースメーカー 体内除細動器 心臓人工弁 脳動脈クリップ シヤントバルブ 人工内耳
 スtent (脳、心臓、腹部) 人工関節 骨プレート インプラント 神経刺激装置
 義眼 入れ墨 アートメイク 整髪料(増毛スプレー) その他【 _____ 】

6. 閉所恐怖症は、ありますか? あり なし

7. 女性の方にお聞きします。現在妊娠はされていますか? はい (妊娠 _____ 週) いいえ

※妊娠16週未満の方はMRIなどの検査が出来ない場合があります。

8. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことはありますか? はい いいえ

薬剤名【 _____ 】 ・ 食べ物名【 _____ 】

裏面の記入もお願いします

