

問診票

※両面記載となっています



社会医療法人 医仁会

中村記念病院

〒060-8570 札幌市中央区南1条西14丁目
TEL: (011)231-8555 FAX: (011)231-8385

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

お名前

記入者: (続柄)

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:

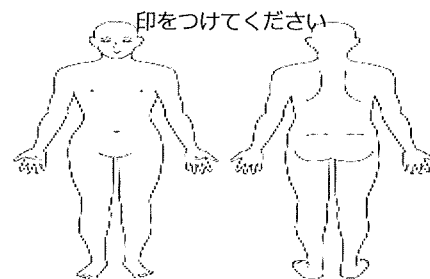
本日受診を希望される診療科に○をお付けください

・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 】



自助具はお使いですか? □ 杖 □ 歩行器・シルバーカー □ 車椅子

配慮すべき障害はありますか? □ 聞こえない(難聴) □ 見えない(盲目・弱視などの目の障害)

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: (年頃)】 【病名: (年頃)】

【病名: (年頃)】 【病名: (年頃)】

□手術歴【 (年頃)】 【 (年頃)】

【 (年頃)】 【 (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? □ あり □ なし

*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 はお持ちですか

□ あり

□ なし →お薬の内容を記載してください

※裏面の記入もお願いします

2025年3月外来診療録登録No.295

☐ あり ↓ (下記の当てはまるものにチェックしてください) ↓ ☐ なし

☐ プレート (脳・骨)

☐ 人工心臓弁 ☐ 胸骨ワイヤー ☐ DBS ☐ 神経刺激装置 ()

☐ 義眼 ☐ 義肢（上肢・下肢） ☐ 人工内耳 ☐ その他（ ）

☐ あり ↓ (下記の当てはまるものにチェックしてください) ↓ ☐ なし

□ 整髪料（増毛スプレー、一時染毛料など、色のつくもの）

☐ 義歯（入れ歯）（種類：) ☐ 歯列矯正

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

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

9. ご家族に脳の病気や糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいいますか？ ☐はい ☐いいえ

10. 嗜好品について

お酒： ☐ 飲む（1日 ） ☐ ときどき飲む ☐ 飲まない

○この1年で検診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？ ☐はい ☐いいえ

(以下、マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です)

・受診時期: 年 月ごろ

・結果等指導事項：