

しみず脳神経外科クリニック

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢
お名前		明・大・昭・平・令 男・女 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	自宅 - - 携帯 - -	

◎お仕事中のケガですか？ はい ・ いいえ

◎交通事故ですか？ はい ・ いいえ

(1) どのような症状のために受診されますか？

- ①頭痛、頭が重い 2枚目頭痛問診表に記入をしてください ②頭、首を打った ③首が痛い、肩がこる
 ④しびれ(手、足)(右、左) ⑤めまい、ふらつき 3枚目めまい問診表に記入をしてください
 ⑥物忘れ ⑦手足が動きにくい ⑧しゃべりにくい ⑨目が見えにくい
 ⑩吐き気、嘔吐 ⑪けいれん ⑫失神
 ⑬顔の痛み ⑭その他 ()

⑦症状は、いつからどのようにはじまりましたか？

年 月 日ごろから (突然起こった ・ だんだん起こった)

①症状は、どのように変化していますか？

(変わらない ・ 悪くなっている ・ 良くなっている)

⑦これらの症状について、他の病院、医院を受診されましたか？

かからない

かかった 病院、医院名 ()
 病名 () 検査 ()

(2) 現在、他の病気で治療中ですか？

いいえ

はい 病院、医院名 () 病名 ()

(3) 今までかかった病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 喘息
 その他 ()

(4) 現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい ⇒お薬の名前 ()

(5) 体内に金属がありますか？(歯の詰め物(金歯、銀歯など)は除きます。)

無い

有る ペースメーカー ・ ボルト ・ クリップ ・ スtent ・ その他 ()

(6) (女性のみ)レントゲンを撮る場合がありますが、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

(7) アレルギーはありますか？ いいえ ・ はい (アレルギー名)

(8) 体重 () kg

(9) 血縁関係の方に脳疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい ()

(10) どのようにして当院をお知りになりましたか？

チラシ ・ 看板 ・ ご紹介(紹介者:) ・ 当院ホームページ