

沼脳神経外科 クリニック 問診票

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

(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. 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 | 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(_____) | |

(a)症状は、いつから、どのように始まりましたか？

年 月 日 頃から (突然起こった _____ だんだん起こってきた)

(b)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)

(c)上記の症状について、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(_____)
検査(_____) 病名(_____)

(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(_____)
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、お薬をのんでいますか？

いいえ _____ はい ⇒ お薬手帳参照 _____
又は お薬の名前(_____)

(5)体内金属がありますか？

無い _____ 有る ⇒ *歯の詰め物(金歯、銀歯など)は除きます
ペースメーカー、ボルト、クリップ、ステント、その他(_____)
入れ墨、アートメイク (有・無) *閉所恐怖症 (有・無)

(6)<女性のみ>レントゲンを取る場合があります。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？ はい ⇒ アトピー・花粉症・その他(_____)

(8)体重 _____ kg