

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	男・女	明・大・昭・平	歳
		年 月 日生	
ご住所	〒 - - TEL - -		

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) 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 ⇒ お薬の名前は（ ）

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、ステント、その他（ ）
入れ墨・アートメイク（有り、無し）、閉所恐怖症（有り、無し）

6) （女性のみ）レントゲンをと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？ はい（アレルギー名： ）、いいえ

8) 体重 _____ kg

9) 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、知人やご家族のご紹介（紹介者： ）、当院のホームページ、
その他インターネット、電話帳、その他（ ）