

かきの脳神経外科・内科クリニック問診票【内科・初診用】

氏名	フリガナ	男 ・ 女	明・大・昭・平
			年 月 日 () 才
住所	〒 □□□□-□□□□ 都道府県 市区郡	電話番号	保険: 社保・国保・その他(交通事故 労災)
			自宅 - - 携帯 - -

1) いつ頃から、どのような症状がありますか？

- ・いつ頃からですか (年 月 日)
 ・どのような症状ですか

[]

2) 現在その症状以外に下記の症状はありますか？

- ない ・ ある (発熱 頭痛 関節痛 咳 鼻汁 たん のどの痛み 息苦しさ 胸痛
 胸部圧迫感 動悸 不整脈 めまい 体重減少 食欲不振 吐き気 嘔吐
 みぞおちの痛み 下腹部痛 下痢 黒色便 下血 口渇 全身倦怠感 不眠
 その他 [])

3) 他の病院で治療中または検査を受けている病気はありますか？

- ない ・ ある (病名: 飲んでいる薬の名前:)

4) 入院や手術、しばらく通院するような病気にかかったことはありますか？

- ない ・ ある (年齢: 病名:)

5) 喘息、前立腺肥大、緑内障と言われたことがありますか？

- ない ・ ある (喘息、前立腺肥大、緑内障)

6) お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？

- ない ・ ある 食品・薬剤名 ()

7) 飲酒しますか？

- しない ・ する

8) 喫煙されますか？

- しない ・ する (禁煙 (いつから))

9) 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？

- ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中 () 週

10) 下の中で、該当するものがありますか？

- ない ・ ある (ペースメーカー装着 人工内耳装着 脳動脈瘤クリッピング術後
 刺青 (眉毛、アイラインも含む) 避妊リング その他体内金属
 コンタクトレンズ マグネット式インプラント 補聴器
 てんかん、痙攣の既往 喘息の既往)

11) どうやって当院をお知りになりましたか？ (2つ以上回答可)

1. ホームページ 2. 看板 () 町 3. チラシ 4. 知り合いのご紹介
 5. 前を通過 6. その他 ()