

## かきの脳神経外科・内科クリニック問診表【脳神経外科・初診用】

氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成		
			年 月 日( )才		
住所	〒	電話番号	自宅	—	—
			携帯	—	—
			緊急連絡先	—	—
			続柄( )		

1) いつ頃からどのような症状がありますか？

( 年 月 日)頃から

- ・ 頭痛
- ・ めまい
- ・ 手足がしびれる
- ・ 身体の動きが悪い
- ・ 物忘れ
- ・ 意識を失った
- ・ 頭を打った
- ・ セカンドオピニオン

(同じ症状で他の病院を受診された方)

- ・ その他

2) 他の病院で治療中の病気はありますか？(お薬手帳を受付でご提示下さい)

ない・ある →(病院 )

3) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けるようなケガをされたことがありますか？

ない・ある →(年齢: 病名: )

4) 下記の病気に当てはまるものがありますか？

喘息(ぜんそく) 前立腺肥大 緑内障

5) お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

ない・ある →薬剤・食品名( )

6) 飲酒されますか？

しない・する

7) 喫煙されますか？

しない・する →( 才から) 禁煙中

8) 女性にお聞きします。下記に当てはまるものがありますか？

生理中 授乳中 妊娠中( 週)

9) 下の中で該当するものがありますか？

ペースメーカー装着 人工内耳装着 入れ墨 機械弁(人工弁) 補聴器 入れ歯

10) 血縁の方に下記の病気の方はいますか？

なし 脳疾患 心臓病 がん 糖尿病

よろしければ、当院受診のきっかけを教えてください。

知り合いの紹介 ホームページ 看板 チラシ 前を通して その他