

問診票

初診の方は、下記の質問にお答えください。

(記入された方は、お手数ですが、窓口にお出してください)

(受診日)平成 年 月 日

(ふりがな)

お名前 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生 才

ご住所 電話番号

職業 利き手(右・左)

1. どのような症状があって受診されましたか?(で囲んでください)

頭痛 頭が重たい 肩こり 首の痛み めまい 耳鳴り 物忘れ

手足のしびれ(右手・左手・右足・左足) 手足が動きにくい(右手・左手・右足・左足)

言葉がしゃべりにくい 目が見えづらい

その症状はいつ頃から始まりましたか?

昭・平 年 月 日頃より

(その他の相談などありましたら、下記にご記入ください)

2. 今までにかかった病気を で囲んで下さい。

脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血・) 高血圧 糖尿病

高脂血症 心筋梗塞 不整脈 その他の心臓病 肝臓病 腎臓病 結核 がん 喘息

その他()

上記の病気で、現在通院中の病院はありますか?

なし・あり(病院)

入院したことがありますか?

いいえ・はい 「はい」の方・・()才頃、病名()

手術を受けたことはありますか?

いいえ・はい 「はい」の方・・()才頃、病名()

服薬中のお薬はありますか?

なし・あり (「お薬手帳」等ありましたら、ご用意下さい)

3. 両親・兄弟・祖父母に下記の病気の方がいる場合、その病名の横に続柄をご記入ください。

脳卒中 高血圧 心臓病 糖尿病 がん

4. 嗜好品についてお答えください。

タバコ(1日 本) 酒(1日)

5. 下記のなかで該当しているものがあれば で囲んで下さい。

ペースメーカーを装着している 体内に金属が入っている

お薬のアレルギーがある 妊娠中および妊娠の可能性がある

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますので、もう少々お待ち下さい。

江別脳神経外科