

脳外科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ	男 女	生年 月日	西暦	年	月	日	歳	既婚 ・ 未婚	
氏名									
職業	身長cm		体重kg		分院歴				
【女性の方のみお答えください】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠		ヵ月)		・不明			
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							
Q. 出産回数 () 回									
利き手 右・左		紹介状		無・有					

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

歩行障害 しびれ 頭痛 しゃべりづらい めまい 物忘れ 2重に見える

力が入らない 頭を打った

その他 ()

いつ頃から ()

2. 既往歴 [なし・あり]

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血

⑥緑内障 ⑦肝臓病(型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん() 癌)

⑫その他 ()

Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし・あり]

病名: / 手術を受けた時期 ()

病名: / 手術を受けた時期 ()

3. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [なし・あり]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ・はい

* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

4. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか [なし・あり]

お薬 ()

食べ物 ()

局所麻酔薬 ()

消毒薬 ()

その他 ()

5. 嗜好品について

タバコ: 吸わない・吸う(1日 本)

飲酒: 飲まない・飲む(1日量:)

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし・あり]

6. CT・MRIなどの画像検査のご希望はありますか？

() 画像検査は希望しない

() CT画像検査を行ってから診察で構わない

() MRI検査を希望したい(予約のため当日は原則できません)

7. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

いいえ・はい 場所 ()

いつ ()