

記入日 年 月 日

脳神経外科 問診票

フリガナ

お名前： _____ 生年月日：T・S・H・R 年 月 日 年齢 _____ 歳(男/女)

〒

住所： _____ 電話/携帯 _____

* 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を

取得することに同意しましたか？ いいえ はい

* 他の医療機関からの紹介状やROMはありますか？ いいえ はい（紹介状・ROM）

* 本日はどのような症状で来院されましたか？（下記に○して下さい）

頭痛・めまい・吐き気・しゃべりづらい・耳鳴り・顔のしびれ・手足のしびれ・ケガ・

意識消失・物忘れ・その他（ _____ ）

* 症状はいつ頃からですか？

【 今日 ， 昨日 ， _____ 日前 ， _____ ヶ月前 ， _____ 年前 ， 不明 】

* 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい

喘息・糖尿病・高血圧・脳梗塞・ペースメーカー・心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞）・

その他（ _____ ），手術歴（ _____ ）

* 現在、飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい（お薬手帳 有 ・ 無 ）

薬の名前（ _____ ）

* 薬・金属・食べ物・アルコールで蕁麻疹などのアレルギーが出たことがありますか？

いいえ はい 薬の名前等（ _____ ）

* 女性の方へ。妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい（ _____ ヶ月）・授乳中