

問診票

次の質間に○印、あるいはご記入ください。

お名前 _____ 生年月日 (大昭平) 年 月 日

ご住所 _____

TEL (自宅) (緊急連絡先)

ご職業 _____

今日は、どのような症状で来院されましたか。(それは、いつ頃からですか。)

・これまでに脳神経外科を受診された事がありますか。

いいえ はい (平成 年頃)
(本院 又は 他院 病名)

・これまでに次の病気をされたことがありますか。

いいえ はい 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 脳腫瘍 ぜんそく
心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 結核 前立腺肥大
緑内障 うつ病 その他 ()

・現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。

いいえ はい 高血圧症 高脂血症 糖尿病 その他 ()
(薬の名前 :)
(薬をもらっている病院名 :)

・特別な体質がありますか。

いいえ はい しつしん、かぶれ、じんましん、アレルギー、その他

・これまでに注射や薬で具合が悪くなったことがありますか。

いいえ はい (薬の名前 :)

・これまでに麻酔をかけたり、手術をされたことがありますか。

いいえ はい (年頃) (病名 :)

・嗜好についてお答えください。

煙草は 吸う (一日 本) 吸わない 年 月前にやめた
お酒は 飲む (毎日・週 回) 飲まない

・利き手はどちらですか。 右 左

・女性の方は以下の質問にお答えください。

現在、妊娠中ですか。 はい 可能性あり いいえ
現在、授乳中ですか。 はい いいえ