

問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ
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 ()
(薬の名称:)
(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 しっしん、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 (薬の名称:)

- ・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