

問診票

立川脳神経外科クリニック

| | | |
|------------------------|--|----------|
| カタカナ | | ご住所 〒 |
| お名前 | | |
| 男・女 | | |
| 大・昭・平・令 年 月 日 () 才 | | 体重 kg |
| | | 電話番号 () |
| | | 携帯番号 () |

※本日の診療のご希望をお知らせください。

●お薬を もらいたい／必要がなければほしくない ●MRI 検査を 受けたい／必要がなければ受けたくない

| | |
|--|---|
| <p>本日はどのような症状で受診されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 頭や首の痛み <input type="checkbox"/> 嘔気や嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> めまいやふらつき <input type="checkbox"/> 歩行しづらい</p> <p><input type="checkbox"/> 手足の動きが悪い <input type="checkbox"/> 手足がしびれる</p> <p><input type="checkbox"/> 手足がけいれんした <input type="checkbox"/> 物忘れが気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 言葉が話しづらい <input type="checkbox"/> 意識を失った</p> <p><input type="checkbox"/> 目が見えづらい（視界がかけた・物が二重に見える）</p> <p><input type="checkbox"/> その他の症状 ()</p> | <p>今までにかかった病気、また現在治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 高脂血症（コレステロール高値）</p> <p><input type="checkbox"/> 脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・その他）</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病（心筋梗塞または狭心症・不整脈・心弁膜症・心不全・ペースメーカー有）</p> <p><input type="checkbox"/> 癌（部位は _____）</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>いつ頃から起きた症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 今日から (_____ 時 分頃～ 起床時～)</p> <p><input type="checkbox"/> 2～3 日前から <input type="checkbox"/> 1 週間前から</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ヶ月以上前から <input type="checkbox"/> 半年ほど前から</p> <p><input type="checkbox"/> 1 年ほど前から <input type="checkbox"/> ずっと前から</p> <p><input type="checkbox"/> 以前にも同様の症状あり</p> | <p>今までに手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()</p> <p>現在内服中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お薬手帳は受付にご提示ください</p> <p>(_____)</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>今まで同様の症状で病院にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>病院名 _____</p> <p>病名 _____</p> | <p>喫煙に関して</p> <p><input type="checkbox"/> 習慣として吸ったことがない</p> <p><input type="checkbox"/> () 歳～ () 歳まで吸っていた</p> <p><input type="checkbox"/> 現在 1 日 () 本吸っている</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>飲酒に関して</p> <p><input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む</p> <p><input type="checkbox"/> 多めに飲む方</p> |
|--|---|