

問 診 票

お名前

様

1. 現在の症状に 印を付けて下さい。

() 頭が痛い

() めまいがする

() しびれがある

() 頭をぶつけた・けがをした (交通事故 ・ 勤務中 ・ 通勤途中 ・ その他)

これまでに感じたことのない症状である。

() 物忘れ

() その他

2. 今までにかかれた病気・治療(手術)、現在治療中の病気をご記入下さい。

3. お薬手帳を受付にお出し下さい。 お持ちでない方は服用中のお薬名をご記入下さい。

4. ご家族の病歴(あり・なし・不明)ありの方は()内にご記入下さい。

例: 脳卒中(祖父、母)

脳卒中() 高血圧() がん()

心臓病() 糖尿病() 精神病()

5. 嗜好品・アレルギーについて、該当する箇所を○で囲みご記入下さい。

アルコール : 飲まない 時々飲む 毎日飲む-何を _____ 量 _____

タバコ : 吸う _____ 本 / 日 喫煙期間 _____ 年

吸わない・禁煙した _____ 歳 以前は _____ 本 / 日

アレルギー : ない ある(薬剤・食品・花粉症・ハウスダスト・その他) 具体的に _____

6. 現在のお暮らし状況

女性の方のみ 妊娠中ですか?

_____ 人暮らし

(はい・いいえ)

* **ご本人以外**の緊急連絡先 (カタカナでご記入下さい)

① ナマエ _____ 様 **続柄** _____ TEL _____

② ナマエ _____ 様 **続柄** _____ TEL _____

7. 当院をどのようにお知りになりましたか?

紹介状あり・口頭紹介・家族知人紹介・ホームページ・雑誌()・その他()

医療法人正悠会

ご記入いただきありがとうございます。

みたか中村脳神経外科クリニック

