しみず脳神経外科クリニック　　問診票

記入日　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年齢
お名前	男・女	明・大・昭・平 年　　月　　日	歳
ご住所	〒　　— TEL　　—　　—		

◎　お仕事中のケガですか？　　はい　・　いいえ

◎　交通事故ですか？　　はい　・　いいえ

（1）どのような症状のために受診されますか？

①頭痛、頭が重い　②頭、首を打った　③首が痛い、肩がこる

④しびれ（手、足）（右、左）　⑤めまい、ふらつき　⑥物忘れ

⑦手足が動きにくい　⑧しゃべりにくい　⑨目が見えにくい

⑩吐き気、嘔吐　⑪けいれん　⑫失神

⑬顔の痛み　⑭その他（　　）

（ア）症状は、いつからどのように始まりましたか？

年　　月　　日ごろから　（突然起こった　・　だんだん起こった）

（イ）症状は、どのように変化していますか？

（変わらない　・　悪くなっている　・　良くなっている）

（ウ）これらの症状について、他の病院、医院を受診されましたか？

かからない

かかった　　病院、医院名　（　　）

病名（　　）　検査（　　）

（2）現在、他の病気で治療中ですか？

いいえ

はい　　病院、医院名（　　）　病名（　　）

（3）今までかかった病気はありますか？

高血圧　・　糖尿病　・　心臓病　・　高脂血症　・　喘息

その他　（　　）

（4）現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ　・　はい　→　お薬の名前（　　）

（5）体内に金属がありますか？　※歯の詰め物（金歯、銀歯など）は除きます

無い

有る　ペースメーカー　・　ボルト　・　クリップ　・　ステント　・　その他（　　）

（6）（女性のみ）レントゲンを撮る場合がありますが、妊娠の可能性はありますか？　はい　・　いいえ

（7）アレルギーはありますが？　いいえ　・　はい　（アレルギー名　　）

（8）体重　（　　）　kg

（9）どのようにして当院をお知りになられましたか？

チラシ　・　看板　・　ご紹介（紹介者：　　）　・　当院ホームページ

その他インターネット　・　電話帳　・　その他（　　）