

問診票（脳神経外科・神経内科）

年 月 日 ID

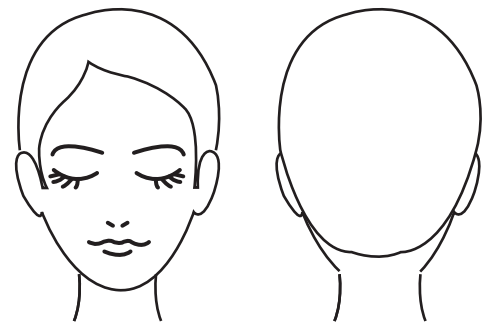
下記にご記入の上、初診時にご持参ください。診察の参考にさせていただきます。

ご芳名	フリガナ	ご職業	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	男 ・ 女	
ご住所	〒		
お電話	ご自宅	携 帯	

■ どのような症状がおありですか？○をつけてください。（複数可）

1. 頭痛
2. めまい
3. 言葉がうまく話せない
4. 手足が動きにくい
5. 手・足がしびれる
6. 物が見えにくい
7. 物忘れが多い
8. 首・肩が凝る
9. その他・・・下記に詳しくご記入ください。

()



痛む箇所をご記入ください

■ 症状はいつから始まりましたか？ ()

■ それは突然ですか？それとも徐々に少しずつでしょうか？ 突然・徐々に

■ 他の病院を受診されましたか？

はい・いいえ ● はいの方 病院名 () 時期 ()

■ 今までにかかった病気があればご記入ください。

()

■ 食べ物にアレルギーはありますか？

はい・いいえ ● はいの方 それは何ですか？ ()

■ タバコは吸われますか？ はい・いいえ

■ お酒は1日どれくらい召し上がりますか？ ()

■ 女性の方。レントゲン撮影が必要な場合がございます。

妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

■ お薬について

他の病気で現在服用している薬をご記入ください。()

薬のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

■ 担当医に特に伝えたいことがございましたら、ご記入ください。

()