

なかじま脳神経外科クリニック問診票【初診用】

氏名	フリガナ	男女	明・大・昭・平・令
			年 月 日 () 才
住所	〒	電話番号	保険：社保・国保・その他(交通事故 労災)
			自宅 - - 携帯 - -

1) どうやって当院をお知りになりましたか？(2つ以上回答可)

1.ホームページ 2.病院ナビ 3.チラシ 4.タウンライフ 5.前を通過
6.看板広告(神戸電鉄出口 南ヶ丘1丁目 三輪小学校前交差点 宅原交差点 西対中交差点 西宮北インター付近) 7.知り合いのご紹介(名前) 8.その他 ()

紹介状のある方は、2)は記載不要です

2) 本日、来院された理由を教えてください。

A. 頭痛： ある ・ なし

B. めまい： ある ・ なし

C. 発熱はありますか？ はい ・ いいえ ・ わかりません

D. 手足がしびれる、または動きが悪い 部位はどこですか？

(例えば「右腕」、「左下腿」など) _____

E. 見え方がおかしい ・ きらきらしたものが見える。 ・ 見えない部分がある

F. その他

(_____)

3) 症状はいつからですか？(_____ 頃から)

MRI 希望ですか？ はい ・ いいえ ・ わかりません

4) 今までにかかった病気、けが、手術、はありますか？ ない ・ ある

(高血圧・糖尿病・コレステロールが高い・脳卒中・心疾患・呼吸器疾患・肝臓病・腎臓病)

5) 現在飲んでいるお薬はありますか。(お薬手帳は診察の際にご提出ください。) ない ・ ある

6) お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？ ない ・ ある

食品・薬剤名 (_____)

7) 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けたことがありますか？ ない ・ ある

病院名 (_____) ・ 治療内容 (_____)

8) 喫煙されますか？ しない ・ する ・ 禁煙

9) 女性の方へ 妊娠している可能性がありますか？： はい・いいえ

10) 女性の方へ 授乳中ですか？： はい・いいえ

11) 下の中で、該当するものがありますか？ ない ・ ある

(ペースメーカー装着 人工内耳装着 脳動脈瘤クリッピング術後 刺青(眉毛、アイラインも含む) 避妊リング その他体内金属 カラーコンタクトレンズ 入れ歯 マグネット式インプラント 補聴器 てんかん・痙攣の既往 喘息の既往)

今日院長に相談したいこと：