

# 問診票（脳神経外科・神経内科）

年 月 日 ID



あかしあ脳神経外科

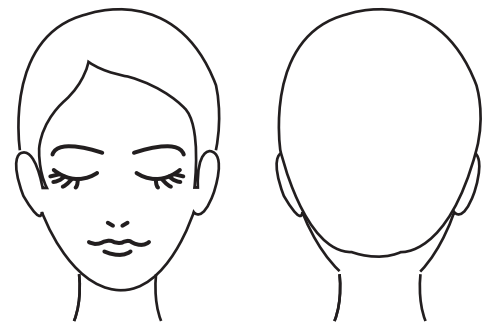
下記にご記入の上、初診時にご持参ください。診察の参考にさせていただきます。

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りますか？○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。

( )